Der Pflegedienst im Krankenhaus

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Würde eines Doctor rerum politicarum
der Rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bern

vorgelegt von

HEINZ LOCHER
von Hasle b/ Burgdorf

1972

Bern 1973 – Buchdruckerei Walter Fischer

HEINZ LOCHER

DER PFLEGEDIENST IM KRANKENHAUS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548121_0030

Der Pflegedienst im Krankenhaus

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Würde eines Doctor rerum politicarum
der Rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bern

vorgelegt von

HEINZ LOCHER
von Hasle b/ Burgdorf

Bern 1973 – Buchdruckerei Walter Fischer

Die Fakultät hat diese Arbeit am 1. Juni 1972
auf Antrag von Prof. Dr. P. Tlach als Dissertation angenommen,
ohne damit zu den darin ausgesprochenen Auffassungen
Stellung nehmen zu wollen.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

© 1973 by Verlag Hans Huber Bern
Printed in Switzerland

INHALTSVERZEICHNIS

Problemstellung 9

1. Teil

CHARAKTERISTISCHE MERKMALE
DER GEGENWÄRTIGEN SITUATION DES PFLEGEDIENSTES
IN AKUTKRANKENHÄUSERN

1 Das Fehlen allgemein anerkannter und operationalisierter Ziele 11
2 Das Fehlen einer «philosophy» für die Pflege und Behandlung 13
3 Uneinheitliche Auffassungen über die eigenständige Funktion des Pflegedienstes im Krankenhaus 14
4 Der Grundsatzentscheid bezüglich der Organisationsform der Pflegeeinheit 15
5 Die stark gegliederte Personalstruktur 18
6 Die Gruppenpflege – ein neues Pflegekonzept 19
7 Unwirtschaftlicher Einsatz des Pflegepersonals auf den Krankenhausabteilungen 21

2. Teil

DIE ZIELE DES PFLEGEDIENSTES
UND DEREN OPERATIONALISIERUNG

1 Grundsätzliches 23
2 Auf den Patienten bezogene Ziele 26
20 Vorbemerkung 26
21 Der Gesundheitsbegriff 27
22 Die eigenständige Funktion des Pflegedienstes 30
220 Ausschließliche Entscheidkompetenzen in einem bestimmten Bereich als Kennzeichen der Eigenständigkeit 30
221 Der Handlungsbereich des Pflegepersonals im sozialen System Arzt–Pflegepersonal–Patient 32

23 Die angestrebte Pflegequalität und ihre Beurteilung 40
230 Kriterien und Leistungsstandards 40
230.1 Die mehrdimensionale Gliederung der Kriterien 40
230.2 Die Festlegung von Leistungsstandards 44
230.3 Die angestrebte Pflegequalität als Hinweis auf die Stellung des Patienten und die Entwicklungsphase des Pflegedienstes 48
230.4 Die Bedeutung der Verfügbarkeit von Kriterien und Leistungsstandards für unsere Problemstellung 50
231 Die Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen 53
231.1 Vorbemerkung 53
231.2 Leistungsstandards für einzelne Aspekte der Pflegetätigkeit 54
231.20 Unterstützung des Patienten bei seiner Anpassung an Krankheit und Krankenhausaufenthalt . 57
231.21 Unterstützung des Patienten bei der Grundpflege 57
231.22 Unterstützung der Behandlung des Patienten ... 60
231.23 Administrative Arbeiten 63
231.24 Die kombinierte Beurteilung mehrerer Aspekte der Pflegetätigkeit 64
231.3 Leistungsstandards zur Gesamtbeurteilung der Pflegetätigkeit 65
231.30 Checklists mit negativen Vorfällen, beurteilt durch Patienten und das Pflegepersonal 65
231.31 Beurteilung der Qualität repräsentativer Pflegeleistungen 67
231.32 Befragung von Patienten 68
231.33 Fähigkeitsprofile für das Pflegepersonal 71
231.34 Die Methode der kritischen Vorfälle 72
231.4 Die Beurteilung des Pflegeerfolges 73
231.40 Vorbemerkung 73
231.41 Feststellung von Fortschritten in der Genesung der Patienten 73
231.42 Generelle Erfolgsmaßstäbe für Krankenhäuser .. 75

3 Die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes 77
30 Vorbemerkung 77
31 Drei Aspekte der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes; Meßverfahren zu deren Beurteilung 79
32 Praktische Probleme 85
4 Die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals 87

3. Teil
DIE ENTWICKLUNG DES PFLEGEDIENSTES

1 Grundsätzliches 93
2 Entwicklungsprojekt für den Pflegedienst eines Krankenhauses 96
20 Das Entwicklungskonzept 96
21 Die Ausgangslage 98
210 Die Situation 98
211 Die Konzeption 100
22 Die Träger des Entwicklungsprozesses 102
23 Die Einleitung des Entwicklungsprozesses 104
230 Situationsanalyse und praktische Zielsetzung 104
231 Probleme bei der Einführung 112
232 Erste Fortschritte 116
233 Zwischenbilanz 118
24 Weitere Entwicklungsschritte 119
240 Vorbemerkung 119
241 Die Ziele und Arbeitsprinzipien einer Klinik 120
242 Der Patient als Mittelpunkt pflegerischer Aktivität 122
242.1 Der Begriff von Gesundheit und Krankheit und die ärztliche Anamnese 122
242.2 Die Pflegeanamnese 123
242.3 Die Krankenpflege als Problemlösungsprozeß .. 126
243 Die laufende Auswertung der Arbeit als Entwicklungshilfe 127
25 Ausblick 131
3 Schlußfolgerungen 136

Literaturverzeichnis 139

Abbildung 1: Homöostatisches Modell der Krankenpflege 34
Abbildung 2: Mehrdimensionale Gliederung der Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität 44
Abbildung 3: Der Ablauf der Gruppenbesprechung 132

PROBLEMSTELLUNG

Eine Vielzahl von Krankenhäusern ist in den letzten Jahren in Bedrängnis geraten. Ihre Notlage äußert sich am augenfälligsten in der überdurchschnittlichen Kostensteigerung und in den Personalproblemen des Pflegedienstes. Wir kennen alle die Folgen: drastische Erhöhungen bei den Spitaltaxen, zeitweise Schließung von Bettenstationen, lange Wartelisten für Patienten, ja sogar Abweisung von Notfällen. Es kann deshalb nicht verwundern, daß Ausbildung und Einsatz des Pflegepersonals immer wieder zum Gegenstand parlamentarischer Vorstöße und öffentlicher Diskussionen werden. Die dabei vorgeschlagenen Lösungen zielen vor allem auf die Erhöhung des Bestandes an Pflegepersonal und reichen vom Begehren nach einem obligatorischen Sozialdienst für Mädchen bis zur Forderung, das Eintrittsalter in Krankenpflegeschulen sei noch weiter herabzusetzen. Ferner wird häufig der Ruf nach einer «Rationalisierung des Pflegedienstes» laut. Die Frage nach den Ursachen, die zur heutigen Situation geführt haben, wird nur selten gestellt; damit begibt man sich aber der Möglichkeiten, mehr als lediglich Symptomtherapien anzubieten.

Aus diesem weiten Bereich ungelöster Fragen sollen in der vorliegenden Arbeit die den Einsatz des Pflegepersonals betreffenden Probleme eingehender untersucht und Möglichkeiten zu deren Lösung aufgezeigt werden.

Wie wir im ersten Teil darstellen – er ist der Schilderung der charakteristischen Merkmale der jüngsten Entwicklung und der gegenwärtigen Situation des Pflegedienstes im Krankenhaus gewidmet – fehlen unseren Spitälern im allgemeinen und dem Pflegedienst im besonderen klare und durchwegs anerkannte Zielsetzungen und Konzeptionen, die bei Entscheiden über die Beschaffung und den Einsatz personeller und sachlicher Hilfsmittel als Richtschnur dienen könnten. Von diesem Mangel werden nicht nur Patienten, Ärzte und Pflegepersonal direkt betroffen, er wirkt sich auch nachteilig auf die Verwendung der knappen Mittel aus und belastet damit uns alle als Steuerzahler, Versicherte oder zukünftige Patienten.

Zur Schaffung von Grundlagen für die Lösung dieser Probleme fragen wir im zweiten Teil, worüber man sich in den einzelnen, heute weitgehend fehlenden Zielen aussprechen sollte und wie diese Richt-

linien zukünftigen Handelns zu operationalisieren sind, damit sie als Maßstab zur Beurteilung des Geplanten oder Erreichten verwendet werden können. Dabei schenken wir den patientenbezogenen Zielen besondere Beachtung, zu deren Operationalisierung man sich oft des Begriffs der Pflegequalität bedient. Dieser Begriff ist auf seine möglichen Inhalte hin zu überprüfen, zudem gilt es, zwei Hauptprobleme zu lösen, einmal die Auswahl der Meßpunkte, für welche die Pflegequalität festzulegen ist, zum andern die Bestimmung des Niveaus der anzustrebenden Meßwerte. Ähnliche Operationalisierungsprobleme stellen sich bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und der Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals. Die Verfahren zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes sind aus der Sicht der Praxis insbesondere darauf hin zu untersuchen, ob sie lediglich nachträglich zur Überprüfung des bestehenden Personaleinsatzes verwendet werden können oder ob sie sich auch zur Planung des zukünftigen Einsatzes eignen.

So gerüstet, stellen wir im dritten Teil die Frage nach den Möglichkeiten zur Verringerung der Diskrepanz zwischen der gegenwärtigen Situation und den angestrebten Zielen: Welches sind die zu entwickelnden Einheiten, welches die einzelnen Schritte des notwendigen Entwicklungsprozesses? Welcher Art werden die vorzunehmenden Änderungen sein, wer wird davon am stärksten betroffen, welche Widerstände sind zu erwarten? Infolge der großen Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern wird es sicher nicht möglich sein, überall verwendbare, einheitliche Lösungen zu finden. Immerhin kann versucht werden, einige allgemein gültige Erkenntnisse zu gewinnen, die in der jeweiligen besonderen Lage als Ausgangspunkt situationsgerechten Handelns dienen können. Als dynamisches soziales Gebilde unterliegt der Pflegedienst im Krankenhaus allerdings dauernd inneren und äußeren Einflüssen, so daß alle Beteiligten ständig um neue Lösungen zu ringen haben werden.

CHARAKTERISTISCHE MERKMALE DER GEGENWÄRTIGEN SITUATION DES PFLEGEDIENSTES IN AKUTKRANKENHÄUSERN

1 DAS FEHLEN ALLGEMEIN ANERKANNTER UND OPERATIONALISIERTER ZIELE

(1) Wie jede andere Organisation findet ein Spital seine Legitimation nicht innerhalb, sondern außerhalb seiner Mauern. Die *Genesung der Patienten* bildet deshalb das primäre Ziel des Pflegedienstes. (2) Ein zweites Ziel bezieht sich auf die Pflegenden. Wir können die Arbeit des Pflegepersonals als Aktivität im Dienste der *Bedürfnisbefriedigung des Arbeitenden* betrachten. Nach MASLOW[1] lassen sich bei jedem Menschen verschiedene Bedürfnisschichten unterscheiden, die teilweise nacheinander, teilweise gleichzeitig als drängend empfunden werden. Demzufolge muß die Arbeitssituation in einer Art und Weise gestaltet sein, die dem Personal die Befriedigung eines möglichst weiten Bereichs seiner aktuellen Bedürfnisse erlaubt. (3) Infolge der Knappheit der zur Verfügung stehenden sachlichen und personellen Mittel gelten auch für den Pflegedienst die Grundsätze des Rationalprinzips, «nach denen eine jede Tätigkeit der ratio entsprechend ausgeführt wird in der Absicht, den Erfolg im Verhältnis zum Einsatz maximal zu gestalten»[2]. Das *Prinzip der Wirtschaftlichkeit* als ökonomischer Ausdruck des Rationalprinzips bildet deshalb ein weiteres Element im Zielsystem des Pflegedienstes. (4) Das Spital ist auch *Ausbildungsstätte* für eine Vielzahl von Berufen, besonders für Ärzte und Pflegepersonal. Die Auszubildenden sind in erster Linie als Lernende und nicht als Arbeitende zu betrachten. Es ist deshalb mit dieser Zielsetzung unvereinbar, wenn Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe in den Stellenplänen als volle Arbeitskräfte gerechnet werden. (5) Schließlich dienen viele Pflegeein-

[1] MASLOW, ABRAHAM H., Motivation and Personality, New York 1954.

[2] *Wirtschaftslexikon,* Fischer-Bücherei, Bd. 973–978, Stichwort Rationalprinzip, Bd. 977, Spalte 2292, Frankfurt/M 1969.

heiten als Ort medizinischer und neuerdings auch pflegerischer *Forschung,* dem fünften Element im Zielsystem des Pflegedienstes. Ausbildung und Forschung tragen indirekt ebenfalls zur Erreichung des auf den Patienten bezogenen Genesungsziels bei.

Es ist ein für den Pflegedienst unserer Spitäler charakteristisches Merkmal, daß diese Ziele nur bezüglich ihres allgemeinen Inhalts (zum Beispiel «Genesung des Patienten»), nicht aber bezüglich des angestrebten Ausmaßes der Zielerreichung festgelegt sind. Dafür bedürfte es eines bewußt gestalteten Zielbildungsprozesses, dem aber angesichts der beträchtlichen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Angehörigen der verschiedenen interessierten Gruppen ausgewichen wird (Öffentlichkeit, staatliche Behörden, Ärzte, Pflegepersonal, Spitalverwalter). Deshalb fehlt es auch durchwegs an Operationalisierungen der Ziele, also an Vorschriften, «mit deren Hilfe die Erreichung des Zieles gemessen werden kann» [3]. Da sich die verschiedenen Ziele zumindest teilweise konkurrenzieren, kommt es infolge der geschilderten Mängel in Situationen, in denen Prioritäten zu setzen sind, öfters zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten. Diese entwickeln sich nicht selten zu Auseinandersetzungen zwischen Personen, da ihr grundsätzlicher Charakter des Ungenügens der Zielbildungsprozesse wegen nicht erkannt wird. Ein Beispiel dafür bilden die Diskussionen um die Regelung der Besuchszeit. Hier konkurrenzieren sich die Genesungsbedürfnisse des Patienten, konkretisiert als Bedürfnis, mit seinen Angehörigen verbunden zu bleiben, und die Forderung des Pflegepersonals und der Ärzte nach einem möglichst «ungestörten» Tagesablauf. Dieses Problem zeigt sich besonders ausgeprägt in einem schweizerischen Kantonsspital mit Schichtbetrieb. Damit das Pflegepersonal trotz der Fünftagewoche auf die verlangte Arbeitszeit von fünfundvierzig Stunden kommt, überschneiden sich die Morgen- und Abendschicht am frühen Nachmittag während zwei bis drei Stunden. Eben zu dieser Zeit findet aber traditionsgemäß die Besuchszeit statt. Da viele Patienten aus zum Teil abgelegenen Teilen des Kantons stammen, läßt sich die Besuchszeit nicht einfach auf den Abend verlegen, weshalb am frühen Nachmittag zwar zahlreiches Pflegepersonal anwesend ist, aber nicht voll eingesetzt werden kann.

---

[3] HEINEN, EDMUND, Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968, S. 99.

2 DAS FEHLEN EINER «PHILOSOPHY»[4] FÜR DIE PFLEGE UND BEHANDLUNG

Weil das auf den Patienten bezogene Genesungsziel nur in allgemeinen Begriffen festgelegt ist, fehlen konkrete Vorstellungen über die angestrebte Pflegequalität und die Rolle des Patienten[5]. Die Überzeugungen und Werthaltungen bezüglich der Rechte und Pflichten des Patienten werden innerhalb des Pflegedienstes lediglich durch Tradition weitergegeben, sei es, daß Schülerinnen und neueintretende Krankenschwestern ihre mit dem Arbeitsplatz schon vertrauteren Kolleginnen fragen, sei es, daß sie diese Grundsätze aus Mittelentscheidungen der Ober- und Stationsschwestern ableiten können. Bei den erwähnten Konfliktsituationen handelt es sich oft um eine Konkurrenzierung des Genesungsziels durch andere Ziele, beispielsweise bei der Frage, ob der Spitalaufenthalt eines Patienten aus Rücksichtnahme auf laufende Forschungsprojekte verlängert werden dürfe oder bei einer zeitlichen Kollision von Untersuchungen und Lehrveranstaltungen, welche die Anwesenheit des Patienten erfordern, der Entscheid über die Priorität. Anläßlich solcher Konfliktsituationen stellen sich jeweils weitere Fragen, auf die nur selten grundsätzliche Antworten gegeben werden können:

- Hat der Patient das Recht und die faktische Möglichkeit, seine Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen und bei Forschungsprojekten abzulehnen? Weiß er darum?
- Was erfährt der Patient über geplante oder bereits ausgeführte Untersuchungen? Wer orientiert ihn?
- Hat eine Krankenschwester (als Fürsprecherin des Patienten) ein Mitspracherecht beim Entscheid, welche therapeutisch nicht unbedingt notwendigen Eingriffe bei Schwerkranken oder Moribunden noch vorgenommen werden sollen?

---

[4] philosophy = System von Überzeugungen und Werten. Vgl. dazu auch LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Planning, Philadelphia 1969, S. 19.

[5] Vgl. dazu auch ROHDE, JOHANN JÜRGEN, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 230: Die Rolle des Patienten, und WILSON, ROBERT N., The Social Structure of a General Hospital, in: Skipper, James K. and Leonard, Robert C., Social Interaction and Patient Care, sixth Printing, Philadelphia 1965, S. 233–244.

3 UNEINHEITLICHE AUFFASSUNGEN ÜBER DIE EIGENSTÄNDIGE FUNKTION DES PFLEGEDIENSTES IM KRANKENHAUS

Die Frage nach der eigenständigen Funktion des Pflegedienstes im Krankenhaus wird erst seit kurzer Zeit gestellt. Zwischen Pflegepersonal, Ärzten und Verwaltern bestehen hierzu keine einheitlichen Auffassungen. Die einen hängen an einem Idealbild, umgeben das Pflegepersonal «mit einem Glorienschein und (schreiben ihm) Eigenschaften wie Güte, Aufopferung, Selbstlosigkeit und nie erlahmenden Idealismus zu»[6,7]. Andere sehen im Pflegepersonal in erster Linie Ausführende ärztlicher Anordnungen, wenn sie schreiben, der Arzt brauche jemanden, der die vielen kleinen Verrichtungen ausführe, zu denen ihm die Zeit fehle[8]. Dritte wiederum betonen in Übereinstimmung mit den Prinzipien der internationalen Schwesternverbände die Eigenständigkeit der pflegerischen Aufgaben als einer mit den Funktionen des Arztes vergleichbaren Tätigkeit. Zur Behebung dieser Unsicherheiten versucht zum Beispiel der schweizerische Berufsverband zur Zeit mit einer Grundsatzerklärung Hilfe zu leisten[9]. In der laufenden Arbeit zeigen sich die Folgen dieser unterschiedlichen Fremd- und Selbsteinschätzung beispielsweise im täglichen Gespräch des Pflegepersonals anläßlich der Planung der Pflege und der Arbeitsorganisation[10]:

«Sieht es sich ausschließlich als ‚verlängerten Arm' des Arztes, wird sich die Besprechung um rein organisatorische Belange drehen. Damit ist aber das wich-

---

[6] HOLZAPFEL, ELISABETH-BRIGITTE, Krankenpflege – heute ein anspruchsvoller Beruf, «Der Bund», 9. Mai 1968.

[7] SCHRAML, WALTER J., Psychologie im Krankenhaus, Bern 1970, S. 121: «Ein überhöhtes Idealbild (...) hat drei negative Konsequenzen: 1. werden die bemühten, aber realistisch denkenden interessierten Jugendlichen abgestoßen (...); 2. wird die Öffentlichkeit enttäuscht, denn nur ein verschwindend kleiner Teil der Berufsvertreter kann das überhöhte Idealbild verwirklichen; 3. geraten manche, die diesen Beruf gewählt haben, um das überhöhte Idealbild zu verwirklichen, dazu in der Realität aber außerstande sind, in seelische Konflikte.»

[8] Vgl. dazu VON RECHENBERG, H. K., Ansprüche an den Pflegedienst aus der Sicht eines internistischen Chefarztes, Veska-Zeitschriftt 33, 326, Juli 1969.

[9] *Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK)*, Erklärung des SVDK, Zeitschrift für Krankenpflege, 65, 19–24, Jan. 1972.

[10] STETTLER, SOPHIE, Das Gruppengespräch. Zeitschrift für Krankenpflege 64, 233, Juni 1971.

tigste Ziel (...), die umfassende individuelle Pflege des Patienten, nicht erfüllt. Eine der wichtigsten Voraussetzungen (...) ist deshalb eine Gruppenleiterin, die den Wert des eigenständigen Beitrags der Krankenschwester zur Pflege des Patienten kennt.»

Diese ungelösten Fragen tauchen aber auch in jeder Diskussion über die Krankenhaushierarchie wieder auf: Sollte der Oberschwester (Oberin) nicht die gleiche hierarchische Stellung zukommen wie dem Chefarzt und dem Verwaltungsdirektor? In den meisten schweizerischen Krankenhäusern sind zum Beispiel der Verwaltungsleiter und die Chefärzte direkt der Aufsichtskommission gegenüber verantwortlich, während die Oberschwester fachlich den Chefärzten, administrativ dem Verwaltungsleiter unterstellt ist. Diese Regelung führt zu einer Diskrepanz zwischen den Aufgaben und den Kompetenzen der Oberschwester und vermindert für viele fähige Bewerberinnen die Attraktivität dieser anspruchsvollen Aufgabe[11]. Die Absolventinnen der Fortbildungsschule für Krankenschwestern des Schweizerischen Roten Kreuzes gaben beispielsweise anläßlich einer Umfrage als Gründe für die Abnahme der Frequenz des zehnmonatigen Kurses für Schul- und Spitaloberschwestern an, die Zurückhaltung gelte weniger dem Kurs als dem Posten einer Oberschwester: «Man fürchtet sich vor einer schlecht definierten Aufgabe, vor einer ungewissen Stellung im Organismus des Spitals, vor erdrückender Verantwortung ohne die entsprechenden Kompetenzen, und man hat den Eindruck, als Oberschwester genieße man weder Ansehen noch Vertrauen bei den Vorgesetzten[12].»

4 DER GRUNDSATZENTSCHEID BEZÜGLICH DER ORGANISATIONSFORM DER PFLEGEEINHEIT

Beim Grundsatzentscheid über die Organisationsform der Pflegeeinheit[13] sind verschiedene Gesichtspunkte gegeneinander abzuwägen. Der

---

[11] Vgl. dazu auch STEURI, HILDEGARD, Die Mitarbeit der Krankenschwester bei der Spitalplanung, Zeitschrift für Krankenpflege 65, 67–68, Febr. 1972.

[12] *Schweizerisches Rotes Kreuz*, Fortbildungsschule für Krankenschwestern, Jahresbericht 1969, Zürich und Lausanne 1970.

[13] Als Pflegeeinheit bezeichnen wir die kleinste organisatorische Einheit im Pflegedienst eines Spitals. Sie umfaßt je nach Organisationsform bis zu sechzig Patienten.

Arbeitseinsatz des Pflegepersonals kann einmal patientenorientiert gestaltet sein, indem möglichst viele der einem Patienten erbrachten Pflegeleistungen der gleichen Pflegeperson zugeteilt werden. Diese Gliederung nach (Arbeits-)Objekten – ein in diesem Zusammenhang unschöner, aber oft allzuwahrer Begriff der Organisationslehre – ist auch unter der Bezeichnung «Zimmersystem» bekannt. Es beruht darauf, daß einer diplomierten Krankenschwester oder einer Schülerin eine bestimmte Anzahl Zimmer mit den sich darin befindlichen Patienten zugeteilt wird, für deren Pflege sie, unterstützt von Hilfspersonal, zuständig ist.

Eine andere Möglichkeit der Organisation des Personaleinsatzes bildet die aufgabenorientierte funktionelle Pflege: Jede Pflegeperson erhält eine bestimmte Aufgabengruppe zugeordnet, für deren Ausführung sie verantwortlich ist.

Diese beiden Formen der Aufgabengliederung auf der Pflegeeinheit unterscheiden sich bezüglich ihrer Konsequenzen in ganz wesentlichem Maße. (1) *Koordination der Pflege eines Patienten.* Bei der Gliederung nach Funktionen untersteht das für vierzig bis sechzig Patienten zuständige Pflegepersonal einer Stationsschwester, welche für die Arbeitseinteilung zuständig ist und die Gesamtverantwortung für die Pflege trägt. Da das übrige Pflegepersonal lediglich die ihm übertragenen Aufgaben kennt (Körperpflege, Lagerung und Mobilisation, Medikamente und andere Therapien), hat einzig die Stationsschwester einen Überblick über die Pflege der einzelnen Patienten. Damit sie rechtzeitig die ihr notwendig erscheinenden Anordnungen erteilen kann, muß sie selbst über untergeordnete Fragen (z. B. den Stuhlgang des Patienten) orientiert sein. Deshalb ist sie auch als einzige in der Lage, den Arzt über den Zustand eines Patienten und seine Reaktionen auf die angeordnete Therapie zu orientieren[14]. Die damit verbundene Überbelastung der Stationsschwester wird beim Zimmersystem vermieden, wo die verantwortliche Zimmerschwester selber den Überblick über die gesamte Pflege und Behandlung eines Patienten behält und deshalb auch direkt

---

[14] VALERIUS, THERESE, Gedanken zum Funktions- und Gruppenpflegesystem, Deutsche Schwesternzeitung *19*, 4, Jan. 1966: «Die Stationsschwester nimmt allein (...) die ärztlichen Anordnungen entgegen und gibt sie an die ihr unterstellten Schwestern weiter; sie ist meist allein zuständig für die ärztliche Visite, für die Eintragungen auf den Kurven (...), sie erledigt die notwendigen schriftlichen Arbeiten.»

mit dem Arzt zusammenarbeiten kann. Der Stationsschwester bleibt genügend Zeit zur Unterstützung in besonderen Situationen und zur Betreuung der Schülerinnen. (2) Ein *ausbildungs- und fähigkeitsgerechter Personaleinsatz* ist grundsätzlich bei beiden Pflegesystemen realisierbar. Bei der Funktionspflege scheint der gezielte Einsatz von Hilfspflegepersonal und Teilzeitarbeitenden sogar eher möglich – mit allen Konsequenzen bezüglich der Belastung der Stationsschwester! Allerdings widerspricht das Funktionspflegesystem dem bei den meisten Menschen bestehenden Bedürfnis nach einem abgegrenzten und eigenständigen Arbeitsgebiet, da die Aufgabenteilung täglich wechseln kann und für die einzelne pflegende Schwester nicht voraussehbar ist. Es wirkt sich damit – mit Ausnahme der Stationsschwester – negativ auf die (3) *Zufriedenheit des Pflegepersonals* aus. Bezüglich der (4) *Qualität einzelner Pflegeleistungen* lassen sich zwischen den beiden Organisationsformen keine grundsätzlichen Unterschiede aufzeigen. Immerhin bleibt zu bedenken, daß bei Funktionspflege die vielen für einen Patienten tätigen Personen für ihn eine Belastung darstellen, vor allem wenn er Mühe hat, die für seine Pflege verantwortliche Person zu identifizieren. Deshalb haftet der Funktionspflege bezüglich der (5) *Gesamtqualität der Pflege* der Nachteil an, daß sie eine ganzheitliche Pflege des Patienten erschwert, wenn nicht gar verhindert[15].

Die geschilderten Konsequenzen lassen das Zimmersystem als geeigneter erscheinen. Allerdings hat sich in den letzten Jahren die Personalstruktur im Pflegedienst – ein für den Grundsatzentscheid bezüglich der Organisationsform der Pflegeeinheit wichtiges Situationsmerkmal – wesentlich verändert, weshalb auch das Zimmersystem in Frage gestellt wird.

---

[15] RAMGE, CAROLA, Von der Funktionspflege zur Gruppenpflege, Deutsche Schwesternzeitung *19*, 447, Okt. 1966: «Die funktionelle Pflege kommt zwar dem Prinzip der Arbeitsteilung entgegen, trägt aber ihren Teil dazu bei, die Atmosphäre des Krankenhauses unpersönlich zu gestalten.»

MEIER, MARTHA, Was ist Gruppenpflege? Zeitschrift für Krankenpflege *64*, 21, Jan. 1971: «Im funktionellen System, wo die Pflege in Verrichtungen aufgeteilt wird, kann die Arbeit besser nach den Kompetenzen der Mitarbeiter verteilt werden, aber der Patient erfährt eine Fließbandpflege, die wohl rationell sein kann, aber nicht umfassend ist, weil die einzelnen Pflegepersonen nie das Ganze überblicken.»

5 DIE STARK GEGLIEDERTE PERSONALSTRUKTUR

Bis Ende der fünfziger Jahre war die Personalstruktur im Pflegedienst schweizerischer Akutkrankenhäuser – die den nachstehenden Ausführungen zur Veranschaulichung zugrunde gelegt wird – verhältnismäßig schwach entwickelt. Neben den diplomierten Krankenschwestern und den Schwesternschülerinnen arbeitete lediglich angelerntes Hilfspersonal auf den Abteilungen. 1958 erließ die Konferenz der kantonalen Sanitätsdirektoren Richtlinien über die Ausbildung von Spitalgehilfinnen, 1960 Vorschriften für die Pflegerinnen von Betagten und Chronischkranken, den heutigen Pflegerinnen FA SRK, über deren Ausbildung das Schweizerische Rote Kreuz seit 1961 wacht[16]. Heute sind in den schweizerischen Akutspitälern in der allgemeinen Krankenpflege Angehörige aller drei Berufskategorien tätig. Damit nähert man sich dem von Experten der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen «nursing personnel system»[17]. Dieses Konzept geht davon aus, daß die pflegerischen Aufgaben nach der Komplexität der dabei zu fällenden Entscheide gegliedert und dementsprechend auch verschiedene Kategorien von Pflegepersonal geschaffen werden können. Es gestattet damit den Einsatz verschiedenartig ausgebildeten Pflegepersonals auf der gleichen Pflegeeinheit, deren Leitung der am besten vorbereiteten Krankenschwester übertragen wird. Das «nursing personnel system» umfaßt drei Kategorien von Pflegepersonal. Die diplomierte Krankenschwester ist aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung fähig, nicht nur alle anfallenden technischen Pflegeleistungen auszuführen, sondern auch die Pflege entsprechend der angestrebten Pflegequalität zu planen und das übrige Pflegepersonal zu führen. Die Angehörigen der zweiten Berufskategorie, in der Schweiz die Pflegerinnen FA SRK, sind für das Erkennen und Befriedigen der Grundbedürfnisse der ihnen anvertrauten Patienten ausgebildet und führen einfachere technische Pflegeleistungen aus, wie sie vor allem bei Patienten mit einem eher stationären Gesundheitszustand anfallen. Die Angehörigen der dritten Kategorie schließlich, in der Schweiz die Spitalgehilfinnen, sind fähig, unter Aufsicht einzelne einfachere Pflegetätigkeiten auszuführen, für welche sie be-

---

[16] FA SRK = Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes.

[17] *World Health Organization*, Expert Committee on Nursing, Fifth Report, Technical Report Series 347, Geneva 1966, S. 13.

sonders ausgebildet sind und bei denen keine wesentlichen Entscheide gefällt werden müssen.

Alle drei Berufsgruppen machen nun den sicher berechtigten Anspruch auf einen selbständigen Arbeitsbereich geltend. Sollen beispielsweise die Pflegerinnen FA SRK nicht lediglich funktionenweise eingesetzt werden, so muß ihnen die Ausführungsverantwortung für die Pflege mehrerer Patienten zugeteilt werden. Es ist beim Zimmersystem aber nicht möglich, ihnen wie den diplomierten Krankenschwestern Zimmer mit den darin befindlichen Patienten zuzuweisen, weil sie lediglich für die Pflege von Patienten mit einem eher stationären Zustand ausgebildet worden sind. Diese Patienten liegen aber nicht immer im gleichen Zimmer, zudem kann sich ihr Zustand ja sehr kurzfristig ändern. Über das anzustrebende Verhältnis zwischen den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen fehlen vorderhand konkrete Vorstellungen. Dieser Entscheid hängt wesentlich von der angestrebten Pflegequalität ab. In einem Universitätsspital lautete 1971 das Verhältnis auf den Bettenstationen (ohne Kader) fünf Krankenschwestern zu einer Pflegerin FA SRK, doch ist bei geeigneten Organisationsformen (Gruppenpflege) ein Verhältnis von eins zu eins denkbar.

Ein weiteres Merkmal der gegenwärtigen und sicher auch zukünftigen Berufsstruktur bildet der zunehmende Einsatz von Teilzeitpersonal aller Kategorien (heute schon bis zu fünfundzwanzig Prozent der beschäftigten Personen). Auch ihm können nicht einfach Zimmer zugeteilt werden[18].

6 DIE GRUPPENPFLEGE – EIN NEUES PFLEGEKONZEPT

Die durch die veränderte Berufsstruktur des Pflegepersonals bewirkten Schwierigkeiten mit dem Zimmersystem sowie dessen nachteilige Folgen für die Ausbildungssituation des Lernpersonals (die Schwesternschülerinnen erhalten bereits «eigene» Zimmer zugeteilt und übernehmen damit eine große Verantwortung, können aber nicht immer genügend überwacht und unterstützt werden) veranlaßten die Suche nach

[18] Vgl. dazu auch SAAMELI, REGULA, Die verheiratete Frau im Beruf der Krankenschwester, Zeitschrift für Krankenpflege 63, 101–104, März 1970, und STEINBART, INGRID, Die Wiedereingliederung der verheirateten Krankenschwester, Veska-Zeitschrift 64, 705–714, Dez. 1971.

einem neuen Pflegekonzept. So wurde im Frühjahr 1970 in der Schweiz von interessierten Krankenschwestern eine Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege ins Leben gerufen. Sie gelangten zur Einsicht, daß die nach dem Zweiten Weltkrieg in den Vereinigten Staaten konzipierte Gruppenpflege aufgrund der gegebenen Situation nicht nur bezüglich der *Pflegequalität,* sondern auch in bezug auf *personalpolitische Zielsetzungen* (Zufriedenheit des Personals, attraktiveres Berufsbild durch die Aufwertung der pflegenden Krankenschwestern, Einsatz von Teilzeitpersonal), *Ausbildungsziele* (Praktika der Schülerinnen auf den Pflegeeinheiten) und schließlich bezüglich des *wirtschaftlichen Aspektes* (ausbildungs- und fähigkeitsgerechter Einsatz des Pflegepersonals aller Kategorien) die geeignetste Organisationsform sei. Das dahinterstehende Konzept läßt sich wie folgt umschreiben [19]:

«Gruppenpflege besteht darin, daß eine Gruppe von verschiedenartig ausgebildeten Pflegepersonen gemeinsam die Planung und Ausführung der umfassenden individuellen Pflege einer Anzahl von Patienten übernimmt. Die Gruppenleiterin, eine diplomierte Schwester (oder ein diplomierter Pfleger), trägt die Verantwortung für die ganze Gruppe. (...) Die Patientenzuteilung innerhalb der Gruppe erfolgt je nach dem Ausbildungsgrad und den Kompetenzen der Mitarbeiter und nach dem Zustand der Patienten und ihrem Bedarf an Pflege. Es sollte möglichst darauf geachtet werden, daß die Gruppenmitglieder ‚ganze Patienten' pflegen können. (...) Da die Gruppenleiterin für alle Patienten und für die Arbeit aller Mitarbeiter verantwortlich ist, darf die Gruppe höchstens so groß sein, daß sie noch den Überblick bewahren kann.»

Wir erkennen bereits anhand dieser kurzen Schilderung, daß die Isolierung und Abkapselung der einzelnen Krankenschwester, wie sie beim Zimmersystem oft beobachtet wird, bei der Gruppenpflege durch die bewußte Herstellung von gegenseitigen Beziehungen im täglichen Gruppengespräch und die gemeinsam geplante Arbeit vermieden werden kann.

Ist die funktionelle Pflege aufgabengerichtet, das Zimmersystem patientenbezogen, so orientiert sich die Gruppenpflege gleichzeitig am Patienten, dem Pflegepersonal und der Arbeit. Jedes Gruppenmitglied leistet einen praktischen Beitrag zur Erreichung des gemeinsamen Ziels [20]. Die Pflegegruppe bildet eine autonome Einheit, welche koordi-

---

[19] MEIER, MARTHA, Was ist Gruppenpflege? Zeitschrift für Krankenpflege 64, 21, Jan. 1971.

[20] Daß die Gruppenpflege in den Vereinigten Staaten aus ähnlichen Überlegungen eingeführt worden ist, zeigt der Aufsatz von KRAMER, MARLENE, Team Nursing – A Means or an End? Nurs Outlook 19, 648, Oct. 1971: «Team

nierende Aufgaben übernimmt und durch die laufende Selbstkontrolle für weitere Entwicklungsprozesse offen bleibt. Als Folge der Anregungen der Arbeitsgemeinschaft für Gruppenpflege wurde in verschiedenen schweizerischen Krankenhäusern mit der Einführung dieses neuen Konzeptes begonnen. Diese Entwicklung ist zur Zeit in vollem Gange[21].

7 UNWIRTSCHAFTLICHER EINSATZ DES PFLEGEPERSONALS AUF DEN KRANKENHAUSABTEILUNGEN

Im Jahre 1967 wurde auf Veranlassung des Schweizerischen Verbandes diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger eine Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen durchgeführt. Mit dieser Studie sollte überprüft werden, ob das Pflegepersonal rationell eingesetzt werde. In einer repräsentativen Auswahl von vierundzwanzig schweizerischen Spitalbetrieben wurde mittels Multimomentaufnahmen ein Bild über den Einsatz des Pflegepersonals ermittelt. Die Erhebung ergab unter anderem,

- daß das diplomierte Pflegepersonal nur 45–48 Prozent (der Arbeitszeit) mit seiner Ausbildung entsprechenden Arbeiten verbrachte, dafür 15 Prozent mit Haushalt- und 11 Prozent mit Sekretariatsarbeiten (S. 30);
- daß in der Zeit von 06.45 bis 09.00 bereits 25 Prozent der gesamten Tätigkeit eines 12-Stunden-Tages erledigt wurde (S. 26);
- daß die verschiedenen Kategorien des Pflegepersonals mehr oder weniger an allen Arbeiten der Pflegeeinheit und auf allen Kompetenzstufen tätig waren (S. 38)[22].

---

nursing was born out of necessity! Its father was the postwar influx of auxiliary workers (...). And its mother was an overextended span of control for the head nurse in supervising all of these workers (...). Fear of mistakes on the part of unsupervised, minimally trained workers, considerable job dissatisfaction on the part of both nurses and auxiliary workers (...) were contributory factors in both the birth and developing of team nursing. There was also recognition of the need for greater understanding of the individual patient, the meaning of his illness for him, and a concern for the increased fragmentation of patient care.»

[21] Über die ersten Erfahrungen vgl. SCHWANINGER, CHARLOTTE, Probleme und Erfahrungen beim Einführen der Gruppenpflege, Veska-Zeitschrift 35, 471–473, Sept. 1971, und ZIHLMANN, MARILENE, Gruppenpflege, Veska-Zeitschrift 35, 474–476, Sept. 1971. Im übrigen sei auf die Ausführungen im 3. Teil verwiesen.

[22] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, Bern 1969. Vgl. dazu auch PERRET, J.-P., Zweck und Aufgabe der Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Veska-Zeitschrift 35, 100–101, März 1971.

Diese Ergebnisse zeigen, daß das auch für den Personaleinsatz geltende Prinzip der Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung in verschiedener Hinsicht verletzt wird. Es fordert, daß alle Angehörigen der verschiedenen Pflegeberufe entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten eingesetzt werden, weil nur so sichergestellt ist, daß mit dem gegebenen personellen Potential eine größtmögliche Pflegeleistung erzielt wird. Infolge der auftretenden Arbeitsspitzen muß zudem zeitweise zusätzliches Personal eingesetzt werden. Dieses Personal ist in anderen Zeiten zu wenig ausgelastet, sofern es nicht lediglich Teilzeitarbeit leistet und ausschließlich für die Zeit der Arbeitsspitzen eingesetzt wird [23].

[23] Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes vgl. im übrigen unsere Ausführungen im dritten Kapitel des 2. Teils.

2. TEIL

DIE ZIELE DES PFLEGEDIENSTES UND DEREN OPERATIONALISIERUNG

1 GRUNDSÄTZLICHES

Die Ziele und Grundsätze eines Spitals, vergleichbar mit den unternehmungspolitischen Grundsätzen eines Industriebetriebs, sollen die Grundlinien des Handelns auf längere Sicht festlegen. Im öffentlichen oder mit öffentlichen Geldern unterstützten Spital wird der Zielentscheid zu einem politischen Entscheid, werden doch in vielen Kantonen Spitalgröße und «Sortimentspolitik», also die bereitzustellenden Fachbereiche, seit einigen Jahren im Rahmen der kantonalen und regionalen Spitalplanung festgelegt. Sie bestimmt auch wesentliche Grundsätze der Spitalführung und weitere Aufgaben wie die Ausbildung von Medizinstudenten, Pflege- und anderem Spitalpersonal sowie die medizinische Forschung[1]. Die einzelnen Spitäler können innerhalb dieses überbetrieblichen Rahmens ihre eigenen Ziele konkretisieren[2], wobei sich durch die Wahl der leitenden Ärzte je nach deren Spezialgebiet besondere Einflüsse auf Bau und Betrieb ergeben können (Ausbau des Operationstraktes, durchschnittliche Bettenbelegung). Damit werden auch die Grundlagen für die Ziele des Pflegedienstes geschaffen, welcher oft weitere interessierte Gruppen in seine Ziele einbezieht, beispielsweise die Krankenpflegeschule, für welche das Spital als Ausbildungsstätte dient, oder den religiösen Orden, der seine Angehörigen

[1] *Gesundheitsdirektion des Kantons Bern,* Spitalplanung des Kantons Bern, Bern 1970, S. 11: «Die Schaffung von Spezialabteilungen und den dazugehörigen Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen ist dort zu planen, wo das Bedürfnis nachgewiesen ist und die Spezialabteilung (...) in einem angemessenen Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen gebaut und betrieben werden kann. Bei der Planung sind wirtschaftliche Betriebsgrößen der Spitäler anzustreben.»

[2] Auszug aus den Zielen eines Universitätsspitals: «Als zentrales Spital und Universitätsspital des Kantons (haben wir) die Aufgabe, (die uns) zugewiesenen (...) Patienten unter optimalen Voraussetzungen und tragbaren finanziellen Bedingungen zu beherbergen, zu behandeln und zu pflegen, mit dem Ziel, sie zu heilen, die Folgen von Invalidität zu lindern oder – da, wo die ärztliche Kunst nichts mehr vermag – dem Patienten ein würdiges, ruhiges Sterben zu gewährleisten (...).»

auf den Spitalabteilungen einsetzt. Die American Hospital Association legt der Leitung des Pflegedienstes ihrer Mitglieder die Pflicht auf, ihre Ziele und Prinzipien schriftlich festzulegen[3] und verspricht sich davon eine Reihe von Vorteilen[4].

Bisher wurden die Bettenstationen der einzelnen Spitäler in erster Linie nach den medizinischen Fachbereichen gegliedert. Diese Unterteilung wird neuerdings durch das aus den Vereinigten Staaten stammende Konzept der «progressive patient care» ergänzt, nach welchem die Patienten den einzelnen Pflegeeinheiten aufgrund ihres Abhängigkeitsgrades und der notwendigen Pflegeintensität zugeteilt werden. Dabei lassen sich fünf Stufen unterscheiden[5]: *Intensivpflege* für Patienten, welche dauernder Überwachung bedürfen; *Minimalpflege* für Patienten, die keiner Hilfe für Beweglichkeit, Waschen, Ernährung und Ausscheidung bedürfen; *Normalpflege* für Patienten, deren Abhängigkeitsgrad zwischen dem für Intensiv- oder Minimalpflege charakteristischen Zustand liegt; *Langzeitpflege* für Chronischkranke und Langzeitpatienten; und schließlich, nach einem anderen Einteilungskriterium, *Hauspflege* für Patienten, die nicht hospitalisiert werden müssen oder aus dem Spital entlassen wurden.

---

[3] *American Hospital Association*, Statement on Functions of a Hospital Department of Nursing Service, Chicago 1962: « 2. To define and implement the philosophy, objectives, policies, and standards for nursing care of patients and related nursing services.»

[4] CARLISLE, BEN, Developing Policy and Procedure Manuals, Hosp. *43*, 49, Apr. 16, 1969: «To the question of why such a written manual should be developed, 10 basic reasons can be given: (1) Written policies and procedures promote teamwork. (2) They promote clarity, consistency, and continuity of performance. (3) They provide excellent information for training programs. (4) They establish standards against which actual performance can be measured. (...) (7) Written policies promote proper delagation of authority. (...) (9) Manuals save supervisory man-hours spent in answering repetitive questions. (...)»

[5] Zum Konzept der Progressive Patient Care vgl. im übrigen:

- LEES, W., BIDDULPH, C., Progressive Patient Care, Nurs. Times *64*, 13–16 und 17–20, Jan. 26 + Feb. 2, 1968.
- FORD, LORETTA C., The 5 Elements of Progressive Patient Care, Nurs. Outlook *8*, 436–439, Aug. 1960.
- ABDELLAH, FAYE G. et al., Nursing Patterns Vary in Progressive Care, Mod. Hosp. *95*, 85–91, Feb. 1960.
- ABDELLAH, FAYE G., STRACHAN, E. JOSEPHINE, Progressive Patient Care, Amer. J. Nurs. *59*, 649–655, May 1959.
- EICHHORN, SIEGFRIED, Der Einfluß der Progressivpflege und der Intensivmedizin auf die Organisation des Pflegedienstes im Krankenhaus, Deutsche Schwesternzeitung *23*, 119–121, März 1970.

Neben einer allgemeinen Zielsetzung für ein ganzes Spital bedürfen deshalb die einzelnen Kliniken und Pflegeeinheiten eigener, konkreter formulierter Prinzipien. Dies gilt ganz besonders für die auf den Patienten bezogenen Ziele, was durch die zwei nachfolgenden Beispiele illustriert werden soll.

Konzeption und Ziele einer Pflegeeinheit für chronischkranke Patienten

In dieser Einheit befanden sich Tuberkulosekranke mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von elf Monaten, insgesamt vierundfünfzig Männer mit einem durchschnittlichen Alter von sechsundvierzig Jahren, ein Viertel bis die Hälfte davon waren Alkoholiker mit wenig familiären Bindungen. Die meisten hatten keine höhere Schulbildung und waren als Arbeiter oder Hilfsarbeiter tätig. Basierend auf diesen Angaben erarbeiteten vier Psychiatrieschwestern die nachstehenden Ziele und Grundsätze. Sie stützten sich zusätzlich auf die Resultate früherer Studien, die Tuberkulosekranke als eher abhängig und passiv charakterisierten. Die Krankenschwestern stellten fest, daß die Patienten dieser Einheit:

1. Einen ihnen eigenen Wert haben.
2. Ein Anrecht haben, über ihren Zustand und ihre Behandlung orientiert zu werden, damit die Grundlage für eine vernünftige Mitarbeit gegeben sei.
3. Die Verantwortung haben, sich an ihrer Pflege im Spital zu beteiligen als Vorbereitung der «Selbstüberwachung» nach der Entlassung.
4. Ein Anrecht auf Autonomie haben in allen Bereichen, die nicht durch die Ansteckungsgefahr ihrer Krankheit eingeschränkt sind.
5. Ein Anrecht auf gute Kontakte mit anderen Personen innerhalb des Spitals haben.
6. Ein Anrecht auf größtmögliches Gefühl von Wohlergehen während des Spitalaufenhaltes haben [6].

Andere Prinzipien gelten entsprechend den besonderen Voraussetzungen für die Pflegeabteilungen einer Forschungsklinik, wo davon auszugehen ist, daß die Patienten sich freiwillig zur Verfügung gestellt haben. Den Ärzten und dem Pflegepersonal kommt deshalb die Aufgabe zu, die Patienten in ihrer Befriedigung mit dem einmal gefaßten Beschluß zu unterstützen, indem sie diese laufend über das Forschungsprojekt und ihre Funktion orientieren. Auch hier gilt der Grundsatz, den Patienten sei in all denen Bereichen möglichst viel Selbständigkeit

[6] LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Planning, Philadelphia 1969, S. 40, übersetzt durch die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Bern 1971.

zu gewähren, die nicht durch die Krankheit oder die Erfordernisse des Forschungsprojekts eingeschränkt sind[7].

Sollen sich Ärzte und Pflegepersonal mit dem ganzen Menschen in seiner Individualität auseinandersetzen können, müssen wir schließlich für jeden Patienten individuelle Ziele, Pflege- und Behandlungspläne fordern, die laufend seinen Genesungsfortschritten anzupassen sind.

2 AUF DEN PATIENTEN BEZOGENE ZIELE

20 *Vorbemerkung*

Als auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes werden allgemein dessen Gesundheit oder Genesung, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes, bezeichnet. Freilich unterscheiden sich die Auffassungen über den Gesundheits- oder Krankheitsbegriff beträchtlich. Wer auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes festlegen will, wird sich deshalb über seinen Gesundheitsbegriff Klarheit verschaffen müssen und dabei zu beachten haben, daß diese Ziele das Abbild der in einem Kulturbereich geltenden Werthaltungen bezüglich Gesundheit und Krankheit darstellen[8] (Abschnitt 21).

Die Frage nach den patientenbezogenen Zielen des Pflegedienstes läßt sich zudem nicht trennen von der Frage nach dessen besonderen Funktionen im Spital und seinen Beziehungen zu anderen Spitalbereichen, vor allem zur ärztlichen Tätigkeit. Wenn es so etwas wie eine eigenständige Funktion des Pflegedienstes gibt, wird sich das Pflegepersonal zusätzlich zu den spitaleigenen Zielen und Prinzipien an grundlegende berufsethische Normen halten, die unabhängig vom jeweiligen Arbeitsort gelten (Abschnitt 22).

---

[7] *Seattle University Hospital,* The Philosophy of Nursing Services, Objective of Nursing Services, University of Washington, May 1964.

[8] LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Planning, Philadelphia 1969, S. 21: »In our culture the public has come to expect the right: (1) To wellness. (2) To receive adequate and qualified health care. (3)To participate in decisions regarding their care. (4) To be helped to understand their health and illnesses as well as the treatments undertaken in their behalf. (5) To be cared for with concern when they are ill. (6) To be accepted in a state of dependence when they are unable or feel unable to care for themselves. (7) To be kept as comfortable as modern science permits. (8) To decline and die in reasonable dignity. (9) To feel that someone cares and that they are not alone in their illness or dying.«

Die möglichst klare Umschreibung der angestrebten «Pflegequalität», also des Begriffes, mit dem das Genesungsziel operationalisiert werden soll, bildet eine wesentliche Voraussetzung für einen zielbewußten Einsatz des Pflegepersonals. Ein dritter Abschnitt dieses Kapitels ist deshalb ausschließlich diesem in der Praxis nicht immer leicht zu lösenden Problem gewidmet (Abschnitt 23).

21 *Der Gesundheitsbegriff*

Die Antworten auf die Frage, was eigentlich Gesundheit oder Krankheit sei, unterscheiden sich in wesentlichem Maße. Da eine klare Umschreibung dieser Begriffe eine notwendige Voraussetzung für das zielbewußte Handeln des Pflegepersonals bildet, haben wir uns näher mit den möglichen Begriffsinhalten auseinanderzusetzen. Die *Weltgesundheitsorganisation* bezieht ihren Gesundheitsbegriff auf das Individuum, wenn sie definiert, Gesundheit sei ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen[9]. Dagegen wendet ENGEL ein, das Fehlen einer Klage oder eines Symptoms könne nicht der Abwesenheit von Krankheit gleichgesetzt werden[10]. Der Einbezug des sozialen Wohlbefindens in die Definition der Weltgesundheitsorganisation weist auf einen gesellschaftlichen Aspekt des Gesundheitsbegriffs hin. Diese Meinung vertritt auch PARSON, der Gesundheit als den Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Rollen und Aufgaben definiert, für die es sozialisiert worden ist[11]. Auch

---

[9] *World Health Organization (WHO)*, Constitution, Geneva 1960, S. 1.

[10] ENGEL, GEORGE L., Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit, Bern 1970, S. 303: «(Es) können bedeutsame Störungen, die sowohl körperliche als auch psychologische Prozesse einschließen, dem Bewußtsein so erfolgreich ferngehalten werden, daß Patienten die gröbsten Defekte oder Veränderungen in Körperteilen, Körperfunktionen, im Verhalten oder in ihren Denkprozessen zeigen können und trotzdem die Tatsache zu verleugnen vermögen, daß irgendeine Veränderung stattgefunden hat. Ein Beobachter, ob Laie oder Fachmann, erkennt sofort, daß der betreffende Mensch krank ist.»

[11] PARSONS, TALCOTT, Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Mitscherlich u. a., Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 3. Aufl., Köln-Berlin 1970, S. 71: «Sie wird damit definiert in bezug auf die Teilhabe des Individuums am Sozialsystem. Sie wird ferner damit definiert als relativ zu seinem ‚Status' in der Gesellschaft, das heißt zu einem differenzierten Rollentypus und entsprechender Aufgabenstruktur.»

ROHDE betont diese gesellschaftlichen Zusammenhänge, wenn er über die Rolle des Arztes schreibt, sie sei an der Rolle des Patienten ausgerichtet, dessen Leiden als sozialer Belastungs- und Bedrohungsfaktor nicht allein Privatangelegenheit sei[12]. Er erläutert in der Folge diese «überpersonale Orientierung der Rolle des Arztes» anhand eines Extremfalles[13]: «Die vom Gesetz her begründete Unmöglichkeit, einen Menschen gegen seinen freien Willen durch die medizinisch adäquaten Maßnahmen (z. B. Operation) aus der Notlage zu befreien, kann ja wohl nur dann angefochten werden, wenn man zugibt, daß es beim Arzt auch eine Verpflichtung geben kann, contra personam zu handeln. (...) (Dies spiegelte) die kollektive Auffassung davon wieder, was nach gängigen kulturellen Maßstäben (...) Interesse des Einzelnen sein sollte.»

Auf die Ansprüche, welche die Gesellschaft an den einzelnen stellt, wies anläßlich des II. Internationalen Kongresses für ärztliche Ethik auch der polnische Delegierte WIDY-WIRSKI hin. Er suchte nach einem neuen Begriff der ärztlichen Verantwortung und ging davon aus, daß die Medizin ein naturwissenschaftliches Fach sei, das durch die Erkenntnisse einzelner Sozialwissenschaften ergänzt werde: « Ihrem Ziel nach wäre die Heilkunde eine auf die Gesellschaft ausgerichtete menschliche Tätigkeit, die den Gliedern der Gesellschaft hilft, ihren Körper zu meistern und ihn nötigenfalls wieder gesund und leistungsfähig zu machen. Der Arzt muß sich von einer Hierarchie der Werte leiten lassen, in welcher die Arbeitsfähigkeit einen sehr hohen Rang einnimmt[14].» So erstaunt es denn nicht, daß MITSCHERLICH zur Überzeugung gelangte, Krankheit sei nicht anonym wirkender Zufall, sondern Reaktionsmöglichkeit des erlebenden Individuums in hilfloser Lage[15]. Auf einen anderen Aspekt des Gesundheitsbegriffes verweist REDLICH, indem er den statistischen Begriff «durchschnittlich» vom Begriff «normal» unterscheidet: «Normal ist das, was in Übereinstimmung mit vorgegebener Bedeutung funktioniert – hat also die Bedeutung einer vorgeprägten Norm[16]».

---

[12] ROHDE, JOHANN JÜRGEN, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 247.

[13] *ebda,* S. 248.

[14] *Documenta Geigy,* II. Internationaler Kongreß für ärztliche Ethik, Mai 1966, Paris, S. 4.

[15] MITSCHERLICH, ALEXANDER, Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin, Bd. 1, Frankfurt/M 1966, S. 9.

[16] REDLICH, F. C., Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie, in: Mitscherlich

Damit bieten sich uns drei Aspekte des Gesundheits- oder Krankheitsbegriffs an: ein subjektiver gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation, ein soziologischer und ein von der naturwissenschaftlichen Medizin geprägter, dessen Toleranzgrenzen empirisch durch statistische Berechnungen gebildet werden.

VON TROSCHKE [17] erwähnt noch einen vierten Aspekt: «Krankheit ist Folge von Sünde. (...) Sie ist nicht sinnlos, sondern verlangt Deutung als von Gott gesandte Versuchung [18].» Eine alle Aspekte umfassende Definition wird von Engel vorgeschlagen. der darauf hinweist, Gesundheit und Krankheit seien so relative Begriffe, daß sie nicht leicht zu definieren seien. Er bezeichnet einen Organismus dann als gesund, «wenn er glatt funktioniert, Bedürfnisse stillt, erfolgreich den Anforderungen oder Ansprüchen der inneren und äußeren Umgebung entspricht, und seinem biologischen Schicksal, eingeschlossen Wachstum und Reproduktion, nachkommt» [19]. Wie der Autor selber feststellt, ist seine Definition vor allem deshalb nützlich, weil sie versucht, «von der dinghaften Annahme abzukommen, daß Krankheit an sich eine Sache ist, welche mit dem Patienten, seiner Persönlichkeit, der körperlichen Konstitution oder der Lebensweise nichts zu tun hat» [20]. Damit verlangt er von Ärzten und Pflegepersonal, sich mit dem ganzen Menschen und nicht nur mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen, um seine individuellen Bedürfnisse kennenzulernen. Die Ziele und Grundsätze der einzelnen

---

u. a., Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 3. Aufl., Köln-Berlin 1970, S. 90–91: «Es ist offensichtlich, daß statistische und klinische Norm sich nicht gleichen. So gibt es Krankheiten (...), die in statistischer Hinsicht äußerst häufig (oder ‚normal') sind, aber dennoch aus klinischer Sicht für den einzelnen als anormal gelten müssen. (...) Im Laborbereich der Medizin ist der statistisch häufigste Wert für gewöhnlich mit optimaler Funktion identisch (...). Auf dem Gebiet des Verhaltens finden wir die schwerwiegendsten Formen bestimmter Arten von Abweichungen, wie Idiotie, die Kriminalität Geisteskranker usw., nur selten. Das gleiche gilt allerdings auch für die gewünschtesten Charakterzüge, wie schöpferische Intelligenz auf dem Niveau des Genies, ‚Heiligkeit' und dergleichen. Die am häufigsten anzutreffende Art des Verhaltens ist die als Konformität bezeichnete. Dennoch ist Konformität keineswegs ein geeigneter Maßstab für normales Verhalten, da gerade Nonkonformismus häufig sehr hoch bewertet wird.»

[17] VON TROSCHKE, JÜRGEN, Was versteht man unter Medizinsoziologie? Ulm o. J., verv.

[18] Vgl. dazu auch VON SIEBENTHAL, W., Krankheit als Folge von Sünde, Hannover 1949.

[19] ENGEL, GEORGE L., a. a. O., S. 290.

[20] *ebda,* S. 290.

Spitäler und Pflegeeinheiten unterstützen sie beim Entscheid, wie weit den Patientenbedürfnissen entsprochen werden kann – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Pflegepersonals und des wirtschaftlichen Prinzips[21], aber auch der erwähnten gesellschaftlichen Ansprüche an den einzelnen (Gesundheit als Leistungsfähigkeit).

22 *Die eigenständige Funktion des Pflegedienstes*

Die Frage nach den patientenbezogenen Zielen des Pflegedienstes ist eng mit der Frage nach dessen eigenständiger Funktion und ihrer Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit verbunden, so daß wir diese näher zu untersuchen haben.

220 *Ausschließliche Entscheidkompetenzen in einem bestimmten Bereich als Kennzeichen der Eigenständigkeit*

Die Eigenständigkeit der Funktion des Pflegedienstes könnte darin bestehen, daß das Pflegepersonal in einem bestimmten Bereich selbständig entscheiden und handeln kann, ohne vorher das Einverständnis von Angehörigen anderer Berufsgruppen einzuholen. Diese Meinung vertreten nebst anderen auch ROREM[22] und HENDERSON[23]. Diese stellt fest, die besondere Funktion der Krankenschwester, hier als Repräsentantin des Pflegedienstes genannt, bestehe in der Hilfeleistung für den einzelnen, in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung (oder allenfalls zu einem friedlichen Tod) beitragen. Diese Funktion würde der Kranke selbst übernehmen, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung habe in einer Art und Weise zu geschehen, die dem Kranken so rasch wie möglich wieder seine Unabhängigkeit gebe. Henderson betont, dies sei der Bereich schwesterlicher Tätigkeit, der ihrer alleinigen Kontrolle unterliege und in dem sie ihr eigener Meister sei. Dazu kämen dann allerdings noch weitere Aufgaben, so helfe sie den vom

---

[21] Hier verstanden als Forderung, mit den gegebenen, oft kurzfristig nicht vermehrbaren knappen Mitteln eine möglichst hohe Leistung zu erzielen.

[22] ROREM, C. R., The Term «Professional Nurse» Is Just Pious Fiction, Hosp. Manag. *103*, 41, Feb. 1967: «There must be certain areas of action where a professional person is completely independent, and is authorized to act without approval by some other individual.»

[23] HENDERSON, VIRGINIA, Grundregeln der Krankenpflege, Hrsg. Deutsche Schwesterngemeinschaft e. V., Frankfurt/M 1970.

Arzt aufgestellten Behandlungsplan auszuführen und unterstütze als Mitglied der medizinischen Arbeitsgruppe die anderen Mitglieder bei deren Tätigkeit. Ähnliche Auffassungen vertreten auch REITER[24] und JOHNSON[25]. Sie anerkennen zwar, daß die medizinische Diagnose und die Behandlung der Patienten in den Aufgabenbereich des Arztes fallen, wollen diese aber durch Pflegeanamnese und Pflegeplan als gleichwertige Funktionen ergänzt wissen.

Nun tauchen aber bei verschiedenen Autoren Zweifel auf, ob diese Auffassung von der selbständigen Funktion des Pflegedienstes berechtigt sei. ROHDE[26] weist beispielsweise darauf hin, daß es «sehr bald keine scheinbar eigenständige Pflegehandlung mehr geben (wird), die nicht therapeutische Relevanz besitzt». MATHENEY u. a.[27] bezeichnen deshalb den Arzt als «leader of the professional health team». Sogar HENDERSON schränkt ihre Feststellung mehrfach ein, was sich anhand einiger Zitate aus ihrer Beschreibung «unabhängiger» pflegerischer Aufgaben nachweisen läßt[28]:

«1. *Unterstützung des Patienten bei der Atmung.* (...) Da blockierte Atmung äußerst lebensbedrohlich ist, muß der hiervon betroffene Patient lernen, welche Ursache hierfür in Frage kommt. (...) (In diesem Fall) stellt der Arzt mit der Schwester einen Lehrplan für den jeweiligen Patienten auf, *letztere übernimmt mehr oder weniger die Verantwortung in diesem Unterricht, je nachdem wie weit der Arzt hier selbst mitwirkt.* (Seite 23)

2. *Unterstützung des Patienten beim Essen und Trinken.* (...) Obwohl der Arzt die Diät des Krankenhauspatienten bestimmt, ... Selbst in Krankenhäusern, wo es an Ärzten und Diätfachkräften nicht mangelt, obliegt es den Schwestern, die Patienten zum Essen und Trinken anzuleiten (...). Die Schwester hat ja auch die meisten Gelegenheiten (...), über unzulängliche Nahrungsaufnahme (dem Arzt) Bericht zu erstatten. (Seite 24)

3. *Unterstützung des Patienten bei der Ausscheidung.* (...) Zur Pflege der Haut (...) bedarf der Patient schwesterlicher Unterstützung. Auch Zustände bei

---

[24] REITER, FRANCES, Nurse-Clinican, Amer. J. Nurs. 66, 274–280, Feb. 1966.

[25] JOHNSON, DOROTHY A., Nursing Service, Hosp. *42*, 115, April 1, 1968.

[26] ROHDE, JOHANN JÜRGEN, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962, S. 271 und 290, Hervorhebungen durch den Verfasser: «Hierher gehört, daß *der Arzt* für eine dem Zustande des Patienten entsprechende optimale Behandlung in diagnostischer, therapeutischer, *aber auch in pflegerischer Hinsicht* zu sorgen (hat).»

[27] MATHENEY, RUTH V. *et al.*, Fundamentals of Patient-Centered Nursing, Saint-Louis 1964, S. 22: «The physician is the leader of the professional health team. Although he is responsible for the patient's total medical plan, certain responsibilities are delegated to others. The addition of others to the team is determined by the degree and variety of the patient's health problems.»

[28] HENDERSON, VIRGINIA, a. a. O., Hervorhebungen durch den Verfasser.

ausgesprochen trockener Haut gehören in den schwesterlichen Bereich, *wenn vom Arzt die entsprechenden Anordnungen gegeben sind.* (Seite 29)

7. *Unterstützung des Patienten bei der Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur.* (...) Heilbehandlung mit Sonnenlicht wird vom Arzt in vorsichtig regulierter Dosierung verordnet, *die Schwester hat auf nachteilige Reaktionen Obacht zu geben.* (Seite 34)

10. *Unterstützung des Patienten beim Umgang mit anderen, um Nöte und Empfindungen kundzutun.* (...) Traditionsgemäß verläßt sich der Arzt bei der Beurteilung des Zustandes des Patienten auf das, was die Schwester bei der Pflege beobachtet, hört, fühlt und riecht. Da aber ihre Mitteilungen nur ein Ersatz der Aussage des Patienten sein können, spricht der Arzt auch direkt mit dem Kranken und wünscht zu erfahren, was dieser selbst über seinen Zustand meint. Indem die Schwester als Vermittlerin zwischen Patient und Arzt wirkt, der ja den Kranken jeweils nur relativ kurze Zeit sieht und spricht, übt sie eine der wichtigsten Funktionen der Grundpflege aus.» (Seite 42)

Offensichtlich kann das besprochene Unterscheidungsmerkmal in dieser ausschließlichen Formulierung bei einer näheren Prüfung nicht aufrechterhalten werden. Die Frage nach der eigenständigen Funktion des Pflegedienstes ist nicht isoliert, sondern bezogen auf das soziale System Arzt–Pflegepersonal–Patient zu stellen.

221 *Der Handlungsbereich des Pflegepersonals im sozialen System Arzt–Pflegepersonal–Patient*

Als Ausgangspunkt für die Betrachtung des sozialen Systems Arzt–Pflegepersonal–Patient dient uns das von HOWLAND und MC DOWELL[29] vorgeschlagene homöostatische Modell der Krankenpflege. Die Autoren betrachten den Menschen als Organismus, welcher trotz Störungen von innen und außen mittels homöostatischer Systeme[30] ein dynamisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten versucht. Demzufolge definieren sie die Kranken als Mitglieder der Gesellschaft, welche im Hinblick auf verschiedene Variablen unfähig sind, das angestrebte homöostatische

---

[29] HOWLAND, DANIEL, MC DOWELL, WANDA E., Measurements of Patient Care; A Conceptual Framework, Nurs. Res. *13*, 4, Winter 1964.

[30] KLAUS, GEORG, Wörterbuch der Kybernetik, Fischer-Bücherei Bd. 1073, Frankfurt/M, 1969, 254, Stichwort Homöostase: «Eigenschaft lebender Organismen (...); sie besteht im Prinzip darin, bestimmte physiologische Größen konstant bzw. in gewissen zulässigen Grenzen zu halten. Hierbei können zwei Fälle unterschieden werden. In dem einen erfolgt die Konstanthaltung der betreffenden Größen durch (...) Regelkreise. Im anderen Falle enthält das organische System Mechanismen, die es gestatten, von einer Struktur, die wegen Überschreitung gewisser Grenzen die Konstanthaltung der betreffenden physiologischen Größen nicht sichern kann, sprunghaft zu (...) anderen überzugehen, bis Konstanthaltung wieder gesichert werden kann.»

Gleichgewicht aufrechtzuerhalten; Krankheit ist Verlust des Gleichgewichts. Deshalb hat die Gesellschaft mit den Spitälern Organisationen geschaffen, die dem kranken Menschen bei der Wiederherstellung dieses Gleichgewichts beizustehen haben. Therapie ist ein Regelungsprozeß zur Verringerung der Diskrepanz zwischen dem aktuellen Zustand des Ungleichgewichts und dem angestrebten homöostatischen Gleichgewicht[31]. Auf der Ordinate dieses Modells werden Meßwerte verschiedener Variablen angezeigt. Welche Variablen als wesentlich erscheinen, hängt letztlich vom Gesundheits- oder Krankheitsbegriff der handelnden Personen[32] sowie der angestrebten Pflegequalität ab. In einem gewissen Schwankungsbereich ist der Mensch in der Lage, den «Anforderungen oder Ansprüchen der inneren und äußeren Umgebung» (Engel) selber erfolgreich zu entsprechen (Dreiecke in Fläche A). Falls diese Anforderungen oder Ansprüche seine Reaktionsmöglichkeiten überfordern, nimmt er die Hilfe der für solche Situationen zuständigen Institutionen in Anspruch, seien es nun Mitglieder seiner Familie, sein Hausarzt oder das Personal eines Krankenhauses, auf die Darstellung dessen Funktion wir uns hier beschränken. Dem Pflegepersonal des Krankenhauses kommt einmal die Aufgabe zu, «diejenigen Handreichungen durchzuführen (...), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte» (Henderson) (Punkte in Fläche A).

Zusätzlich wird das Pflegepersonal je nach der angestrebten Pflegequalität auch Funktionen wahrnehmen, die der Gesunde normalerweise nicht selber ausführt, weil er nicht dazu ausgebildet ist oder nicht über die notwendigen technischen Hilfsmittel verfügt (Punkte in Fläche B). Schließlich bestehen Bereiche, in denen nur der Arzt tätig werden kann (Quadrate in Fläche C).

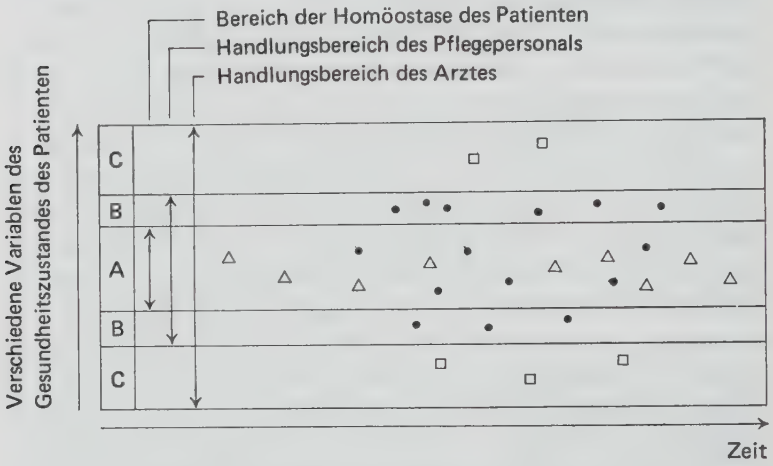
Howland und Mc Dowell verdeutlichen dieses Bild am Beispiel eines

---

[31] Vgl. Abbildung 1, S. 34.

[32] Vgl. dazu ENGEL, GEORGE L., Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit, Bern 1970, S. 302 und 304: «Ob (ein objektives Krankheitszeichen) mitgeteilt wird oder nicht, hängt von einer großen Zahl von persönlichen, sozialen und kulturellen Faktoren ab. (...) In der Praxis neigt die traditionelle Einstellung gegenüber der Krankheit dazu, das, was als Krankheit eingeteilt wird, darauf zu beschränken, was der Arzt versteht oder erkennt und / oder wo er durch sein Eingreifen helfen zu können glaubt. (...) Die wissenschaftliche Einstellung verlangt, daß zwischen Studium und Verständnis der Krankheit als einem natürlichen Phänomen und ihrer Einteilung im Sinne der Funktion und Rolle des Arztes in der Gesellschaft klar unterschieden wird.»

Abbildung 1: Homöostatisches Modell der Krankenpflege



nach: HOWLAND, DANIELS, MC DOWELL, WANDA E., Measurements of Patient Care, A Conceptual Framework, Nurs. Res. *13*, 8, Winter 1964

Patienten auf einer chirurgischen Abteilung [33]. Während der Operation richtet sich das Interesse von Ärzten und Pflegepersonal vorwiegend auf physiologische und biochemische Variablen. Nach der Operation, wenn sich der Patient auf der Wachstation befindet, wird nach seinem Erwachen auch den psychischen Aspekten der Pflege Beachtung geschenkt werden müssen. Sobald der Patient wieder in seiner Pflegeeinheit liegt, wird die Bedeutung der physiologischen und biochemischen Variablen zurückgehen, während psychische, soziale und ökonomische Probleme in den Vordergrund treten. Eine gute Pflege wäre demnach durch die Fähigkeit der Ärzte und des Pflegepersonals zu charakterisieren, den Veränderungen im Zustand des Patienten rasch und richtig zu begegnen. An diesem Beispiel läßt sich auch die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal darstellen. Für den frischoperierten Patienten kann innerhalb bestimmter Grenzen ein idealer Blutdruck festgelegt werden. Falls der Blutdruck diesen Schwankungsbereich nach unten oder oben überschreitet, haben Regelprozesse einzusetzen. Die Krankenschwester wird beispielsweise versuchen, den gewünschten

[33] HOWLAND, DANIEL, MC DOWELL, WANDA E., a. a. O., S. 5.

Blutdruck durch eine Umlagerung des Patienten wiederherzustellen. Falls diese Maßnahme nicht genügt, wird der Arzt, der in solchen Situationen einen weiteren Handlungsbereich hat als die Krankenschwester, zum Beispiel mit Medikamenten eingreifen müssen.

Eine ähnliche, ebenfalls die sich im Zeitablauf verändernden Bedürfnisse des Patienten berücksichtigende Betrachtungsweise wird auch von LITTLE und CARNEVALI vertreten[34]. Sie gehen von einem aus einzelnen Elementen zusammengesetzten Menschenbild aus. Je nach dem Gesundheitszustand und der besonderen Lage des Patienten stellen sie andere Elemente in den Vordergrund, beispielsweise bei Frischoperierten die Punkte eins, zwei und drei, in der präoperativen Phase oder vor Untersuchungen den Punkt zehn.

Wir sind uns bei der Verwendung dieses Modells bewußt, daß es aus der Sicht einer allgemeinen Systemtheorie kritisiert werden könnte. BOULDING[35] unterscheidet beispielsweise neun Systemtypen, deren Komplexität laufend zunimmt. Der Mensch entspricht in dieser Gruppierung einem System siebenten Grades, während homöostatische Modelle lediglich der dritten Stufe zuzuordnen sind. Möglichen Einwänden gegen dieses Vorgehen entgegnet Boulding aber einmal selbst, wenn er ausführt, es sei gerade einer der wesentlichsten Vorteile dieser Typisierung, daß sie den Forscher davor bewahre, in der theoretischen Analyse ein niedrigeres System als abschließende und umfassende Abbildung eines höheren empirischen Systems zu betrachten. Weil aber alle höheren Systeme die niedrigeren umfaßten, könnten diese doch gewisse Informationen über ein höheres System vermitteln. Mit den damit verbundenen Unvollkommenheiten hätten sich die Forscher abzufinden, weil die Modelle der Sozialwissenschaften zur Zeit lediglich die zweite und teilweise die dritte Stufe erreichten, während die Beobachtungsobjekte der siebenten bis neunten Stufe zuzuordnen seien. Zum andern ist diesen Einwänden entgegenzuhalten, sie setzten bereits eine be-

---

[34] LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., a. a. O., S. 23: «Human beings: 1. Vary in their ability to cope successfully with the stress of illness physically and psychologically on the basis of both genetic endowment and environmental influences. 2. Are equipped with mechanisms to maintain a relatively stable internal state provided the magnitude and / or duration of the stressors do not exceed their reserves. 3. React totally to the stress of illness: physiologically, emotionally and intellectually. (...) 10. Experience anxiety when exposed to the unknown.»

[35] BOULDING, KENNETH E., The Image, New York 1956.

stimmte Pflegequalität voraus: Wie wir dargestellt haben, sollen durch die Homöostase bestimmte Größen konstant gehalten werden. Als solche Größe könnte auch die bisherige Lebensweise des Patienten mit all ihren Vorzügen und Mängeln betrachtet werden. Man wird eingestehen müssen, daß der Pflegedienst eines Spitals lediglich das Ziel festlegen kann, der Patient sei so zu pflegen, daß er nach der Entlassung sein gewohntes Leben weiterführen könne, ohne daß man ihn oder seine Familie auf eine gesündere Lebensweise vorbereitete und zu ihrer Entwicklung beitrüge[36]. Wir werden später zeigen, daß in der Krankenpflege natürlich auch weitergehende Ziele angestrebt werden können, doch braucht dies nicht unbedingt der Fall zu sein.

Als nächstes stellt sich bei der Diskussion des verwendeten Modells die Frage, nach welchen Kriterien die Handlungsbereiche von Ärzten und Pflegepersonal abzugrenzen seien. Wenn wir davon ausgehen, daß Voraussetzung zur Übernahme bestimmter Funktionen eine entsprechende Ausbildung sei, können wir einen Aufgabenbereich ausgliedern, der eindeutig dem Arzt zuzuweisen ist. Am andern Ende dieser Skala finden wir Tätigkeiten, zu deren Ausübung keine oder nur wenig Ausbildung vorausgesetzt werden muß, so daß sie hauswirtschaftlichem oder Hilfspflegepersonal übertragen werden können. Dazwischen liegt ein weiter Bereich von nicht eindeutig zuordnungsbaren Aufgaben, deren Zuteilung an Ärzte und Krankenschwestern im Laufe der Zeit änderte. Die historische Entwicklung läßt sich einerseits dadurch charakterisieren, daß das Pflegepersonal durch die Schaffung zentraler Versorgungseinrichtungen (Zentralküche mit Tablettsystem, Zentralsterilisation, Bettenzentrale, Zentrallaboratorium, Transportdienst, Reini-

---

[36] REITER, FRANCES, KAKOSH, MARGUERITE E., Quality of Nursing Care, A Report of a Field-Study to Establish Criteria, New York 1963, S. 16. Vgl. die möglichen Pflegequalitäten safe care und adequate care: «*Safe:* Nursing care is safe when the patient's life is protected and his condition is no worse for having had nursing care. He survives, he may recover-depending on his own physical, emotional state. Some components of safe nursing care are evident when there is little more done for the patient than providing for the basic physical needs, providing a maintenance diet, observing and noting gross changes in vital signs and administering with safety medicines and treatments as ordered, in a setting which meets requirements of a sanitary code. (...) *Adequate:* Nursing care is considered to be of an adequate quality when, in addition to being safe, the patient's way of living and his values are respected and the way in which basic physical needs are provided meet socially acceptable standards of living – not just the sanitary code.»

gungsequipen) immer mehr von Hauswirtschafts- und Verpflegungsaufgaben entlastet worden ist. Dabei waren vor allem wirtschaftliche Überlegungen maßgebend. Andererseits hat das Pflegepersonal mehr und mehr Aufgaben im Zusammenhang mit der Diagnosestellung und Therapie übernommen, welche früher dem Arzt vorbehalten waren. Um die zu wählende Art der Arbeitsteilung vom Element der Zufälligkeit zu befreien, das ihr angelastet werden könnte, haben wir nach einem längerfristig gültigen Unterscheidungsmerkmal zu suchen.

Es ist ein dauerndes, durch die Art der anfallenden Arbeiten bestimmtes Situationsmerkmal der Spitalorganisation, daß die Ärzte im Laufe des Tages nur verhältnismäßig kurze Zeit beim Patienten verbringen, während sich das Pflegepersonal ständig auf der Pflegeeinheit, wenn auch nicht dauernd im Krankenzimmer aufhält. Die Notwendigkeit zu dieser dauernden Anwesenheit ergibt sich aus der primären Aufgabe des Pflegepersonals, dem Kranken bei der Aufrechterhaltung seiner normalen Lebensfunktionen zu helfen. Daraus entsteht eine besondere Beziehung zwischen dem Patienten und der Krankenschwester, die zu seiner wichtigsten Kontaktperson und zur Garantin der Konstanz von Pflege und Behandlung wird[37].

Bei der Aufteilung aller übrigen Aufgaben zwischen Ärzten und Pflegepersonal sind diesem diejenigen Aufgaben zuzuordnen, die es dank seiner dauernden Anwesenheit besser wahrnehmen kann als jemand, der wie der Arzt nur gelegentlich mit dem Patienten in Kontakt tritt. Dazu gehören insbesondere die Beobachtung des Patienten, die Kommunikation als Hilfe zum Ausdruck seiner Empfindungen und Gefühle[38] und die Gesundheitserziehung. Wir können damit Hender-

---

[37] MAUKSCH, HANS O., The Nurse: Coordinator of Patient Care, in Skipper, James K., Leonard, Robert C., Social Interaction and Patient Care, Sixth Printing, Philadelphia 1965, S. 259: «Functions of the patient care unit: The continuity of time, the continuity of space, the continuity of function, coordination within the care structure, coordination within the cure structure, coordination between the care and the cure structures.»

[38] Vgl. dazu auch HENDERSON, VIRGINIA, The Nature of Nursing, Int. Nurs. Rev. *12*, 26, Jan.-Feb. 1965: «The nurse who sees herself as reinforcing the patient where he lacks will, knowledge, or strength must make an effort to know him, to understand him, to ‚get inside his skin' (...). She will listen to him (...) with interest. She will be especially aware of her relation with the patient and will try to make it a (...) therapeutic one realizing that this demands selfunderstanding.» Ferner STORLIE, FRANCES, Nursing Need Never Be Defined, Int. Nurs. Rev. *17*, 254, 1970: «Pushed along by the social scientists we became aware of some

son insoweit zustimmen, daß die von ihr genannten Tätigkeiten einen großen Teil der pflegerischen Aktivität bilden, aber eben nicht in dem Sinne, daß die Befriedigung bestimmter Bedürfnisse des Patienten ausschließlich dem Kompetenzbereich des Pflegepersonals zugeordnet ist. Das Eigenständige an der pflegerischen Aufgabe ergibt sich durch die dauernde Anwesenheit des Pflegepersonals beim Patienten und die dafür erforderlichen Fähigkeiten zur Kombination: «Nursing is communication through direct physical and interpersonal contact to help a patient regain his health and to cope with the influences from his environment that are acting upon him.» [39, 40]

JOHNSON und MARTIN untersuchten die Beziehungen zwischen Arzt und Pflegepersonal noch aus einer anderen Sicht. Mit PARSON und BALES [41] gingen sie davon aus, daß alle sozialen Systeme, also auch die Gruppe bestehend aus Arzt, Krankenschwester und Patient, gemeinsame Probleme haben, die sie zur Sicherung ihres Weiterlebens lösen müssen. Ein erstes, externes Problem besteht darin, daß das System Fortschritte im Erreichen des Zieles aufweisen muß, das es anstrebt oder anzustreben hat. Das zweite, interne Problem besteht darin, zwischen den Mitgliedern ein Gleichgewicht zu erhalten. Alle zielbezogenen Handlungen nennen sie «instrumental», diejenigen Handlungen der Systemangehörigen, welche auf das interne Gleichgewicht gerichtet sind, «expressiv» [42]. Bezogen auf das soziale System Arzt–Krankenschwester–Patient führen sie aus, das instrumentale Problem sei ganz eindeutig auf

---

qualities inherent in the nurse which play an important part in her nursing care. No longer was it popular to delineate nursing by acts alone. There hat to be human qualities.»

[39] MAILLART, VERA, Mitteilung an den Verfasser, Bern 1971.

[40] Vgl. dazu auch BROWN, ESTHER LUCILE, Nursing for the Future, New York 1948, S. 73, zitiert in Reiter, Frances, Kakosh, Marguerite E., a. a. O., S. 67: «Nurses in their longer contacts with individuals have more opportunities to observe behavior and to listen to expressions of thought under varying conditions that do physicians (...). For this reason the nurse must be able to direct her actions and her verbal expressions on the basis of sound understanding of human behavior and human relationships. If the nurse does not have this quality of understanding (...), she may contribute to illness or counteract the efforts of other professional workers.»

[41] PARSONS, TALCOTT, BALES, ROBERT F., Family, Socialization and Interaction Process, Chicago 1955.

[42] JOHNSON, MIRIAM M., MARTIN, HARRY W., A Sociological Analysis of the Nurse Role, in: Skipper, J. K., Leonard, R. C., Social Interaction and Patient Care, Sixth Printing, Philadelphia 1965, S. 29–39.

die Genesung des Patienten ausgerichtet. Es gelte, das vorhandene Wissen und die Fähigkeiten der Beteiligten zur Diagnosestellung und Therapie einzusetzen sowie die Zusammenarbeit der Mitglieder dieses Systems zu gewährleisten. Das expressive Problem bestehe in der Bewältigung von Spannungen, die sich innerhalb des Systems vor allem durch die Aktivitäten ergäben, welche auf die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten ausgerichtet seien. Die Autoren vertreten die Meinung, daß die beiden Funktionstypen nicht gleichmäßig auf Arzt und Krankenschwester verteilt seien: Der Arzt übernehme die Rolle eines Spezialisten für instrumentale Funktionen, während die Krankenschwester vor allem zur Schaffung einer therapeutisch wirksamen Umgebung beitrage. Wenn sie auch einräumen, daß das Pflegepersonal ebenfalls instrumentale Funktionen und der Arzt desgleichen expressive Funktionen wahrnimmt, müssen wir ihnen doch entgegenhalten, daß ein großer Teil der zu den instrumentalen Funktionen gehörenden Koordinationsaufgaben vom Pflegepersonal übernommen wird. Zudem trägt die Schaffung einer therapeutischen Umgebung wesentlich zum Behandlungserfolg bei, so daß durch eine solche «Pflege mit therapeutischem Wert» ebenfalls instrumentale Funktionen erfüllt werden[43, 44].

Wir haben ein Unterscheidungsmerkmal gesucht, nach dem die Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegepersonal vorgenommen werden kann. Diese Funktion kommt dem erwähnten Situationsmerkmal der dauernden Anwesenheit des Pflegepersonal auf der Pflegeeinheit zu. Wenn damit auch verschiedene allgemein gültige Entscheide bezüglich der Arbeitsteilung getroffen werden können[45], wird es in Anbetracht der großen Unterschiede doch nötig sein, für jede Klinik oder Pflegeeinheit der speziellen Situation entsprechende Lösungen zu suchen. Immerhin haben beispielsweise in den Vereinigten Staaten einige Grundsätze bereits Aufnahme in die Gesetzgebung gefunden. Als selbstständige Arbeitsbereiche der Krankenschwestern werden neben der Organisation der Pflegeeinheit und dem Ausführen der Pflege auch die Beobachtung des Patienten, die Berichterstattung über das Beobachtete

---

[43] Vgl. dazu SPAHN, HANNI, Pflege mit therapeutischem Wert, Zeitschrift für Krankenpflege 63, 27–29, Jan. 1970, ferner STEVENS, LEONARD F., What Makes A Ward Climate Therapeutic? Amer. J. Nurs. 61, 95–96, March 1961.

[44] Vgl. dazu den auf S. 31 erwähnten Hinweis Rohdes.

[45] Zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal vgl. im übrigen Teil 3.

und Ausgeführte, die Planung und Beurteilung der Pflege sowie die Überwachung aller an der Pflege Beteiligten (mit Ausnahme der Ärzte) genannt[46].

Die mit der Anerkennung einer eigenständigen Funktion verbundene Professionalisierung der Pflegeberufe hat die Berufsverbände veranlaßt, berufsethische Normen aufzustellen, die unabhängig vom jeweiligen Arbeitsort gelten und einen Teil des von uns betrachteten Zielsystems der Krankenpflege bilden. In den angelsächsischen Staaten, wo diese Entwicklung schon weiter fortgeschritten ist als bei uns, entstanden solche Normen schon vor mehr als zwei Jahrzehnten. Der Weltkongreß 1953 des Weltbundes der Krankenschwestern genehmigte einen «Code of Ethics as Applied to Nursing»[47], die amerikanische Schwesternvereinigung erließ schon 1950 einen «Code for Nurses», der seither mehrmals revidiert wurde[48].

23 DIE ANGESTREBTE PFLEGEQUALITÄT UND IHRE BEURTEILUNG

230 *Kriterien und Leistungsstandards*

230.1 *Die mehrdimensionale Gliederung der Kriterien*

Gesundheit oder Genesung des Patienten, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes, werden allgemein als Ziele des Pflegedienstes anerkannt. Wie wir dargestellt haben, gehen die Auffassungen darüber, was Gesundheit sei, beträchtlich auseinander. Das Bedürfnis

---

[46] LESNICK, M. J., ANDERSON, BERNIECE E., Nursing Practice and the Law, 2nd ed., Philadelphia 1955, zitiert in: Chambers, Wilda, Nursing Diagnosis, Amer. J. Nurs. 62, 102–104, Nov. 1962.

[47] *International Council of Nurses,* Code of Ethics as Applied to Nursing, Grand Council Sao Paulo, Brazil, July 1953, revised Frankfurt, Germany, June 1965.

[48] *American Nurses' Association,* Code for Nurses, Amer. J. Nurs. 68, 2581–2585, Dec. 1968: «(1) The nurse provides service with respect for the dignity of man, unrestricted by considerations of nationality, race, creed, color, or status. (2) The nurse safeguards the individual's right to privacy by judiciously protecting information of a confidential nature, sharing only that information relevant to his care. (...) (4) The nurse acts to safeguard the patient when his care and safety are affected by incompetent, unethical, or illegal conduct of any person. (...)»

nach einer Konkretisierung der Zielsetzung ist deshalb verständlich. Zu diesem Zwecke bedient man sich allgemein des Begriffes «Pflegequalität», der wissenschaftstheoretisch als theoretisches Konstrukt betrachtet werden kann und deshalb einer operationalen Definition bedarf[49]. Wie der Begriff aussagt, soll lediglich die Qualität *pflegerischer* Leistungen beurteilt werden. Deshalb haben wir als erstes den *Umfang der betrachteten Leistungen abzugrenzen* und den Einfluß derjenigen Faktoren auszuschalten, die sich ebenfalls direkt oder indirekt auf den Erfolg der Pflegetätigkeit – die Genesung des Patienten – auswirken. Bei der Beurteilung einzelner Pflegehandlungen erscheint es noch als möglich, einen bestimmten Pflegeerfolg eindeutig auf erbrachte Pflegeleistungen zurückzuführen. Zwischen dem verständnisvollen Eingehen einer Krankenschwester auf die psychischen Bedürfnisse eines Patienten in einer bestimmten Situation und dem Fehlen oder der Verminderung von Angstzuständen bei diesem Patienten läßt sich beispielsweise ein eindeutiger Zusammenhang nachweisen. Hingegen erscheint es unmöglich, die Fähigkeit eines Patienten, sich nach einer Operation wieder selber zu seinem Sessel zu begeben, eindeutig auf die Bemühungen des Pflegepersonals, des Arztes oder der Physiotherapeutin zurückzuführen[50]. Noch größere Schwierigkeiten ergäben sich, wollte man Werte wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten mit gleichen Diagnosen oder die Todesfallraten verschiedener Spitäler als Maßstab der Pflegequalität verwenden. Zur Behebung dieser Schwierigkeiten und damit zur besseren Erfassung des Erfolges pflegerischer Leistungen scheint deren Unterteilung in direkte und indirekte Krankenpflege als geeignet[51]. Die direkte Pflege umfaßt diejenigen Aktivitäten, welche zwischen dem Pflegepersonal und dem Patienten, also in dessen Anwesenheit, stattfinden. Dementsprechend bezieht sich der Begriff indirekte Krankenpflege auf Handlungen, welche zwar in Abwesenheit des

---

[49] SEIFFERT, HELMUT, Einführung in die Wissenschaftstheorie, Bd. 1, München 1969, S. 190: «Das theoretische Konstrukt dient der Übersetzung von der Beobachtungssprache in die theoretische Sprache, und die operationale Definition umgekehrt der Übersetzung aus der theoretischen Sprache in die Beobachtungssprache.»

[50] Vgl. dazu HENDERSON, VIRGINIA, Excellence in Nursing, Amer. J. Nurs. 69, 2134, Oct. 1969: «How can the effect of nursing be separated from the effect of medicine and vice versa? For example the lenght of stay in psychiatric hospitals has markedly decreased in recent years. To what extent does this reflect better psychiatry and to what extent, better psychiatric nursing?»

[51] REITER, FRANCES, KAKOSH, MARGUERITE E., a. a. O., S. 40.

Patienten, aber doch in unmittelbarem Zusammenhang mit seiner Pflege ausgeführt werden, beispielsweise die Vorbereitung von Medikamenten und Pflegematerialien, die Berichterstattung über seine Pflege oder die Koordination der Tätigkeit anderer Personen (Sozialarbeiterin, Physiotherapeutin, usw.). Die Erfahrungen zeigen, daß die Qualität der direkten Pflege besser beurteilt werden kann als die der indirekten Pflege, weil der Einfluß anderer Faktoren dabei geringer ist[52]. Wir werden uns deshalb vorwiegend an diesen Aufgabenbereich halten.

Nachdem wir damit den Bereich der zu beurteilenden Pflegeleistungen abgegrenzt haben, stellt sich als nächstes die Frage nach der *Auswahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen oder Konsequenzen dieser Verhaltensweisen.* SCHLOTFELDT[53] veranschaulicht die damit verbundenen Schwierigkeiten am Beispiel einer Frau, der infolge eines bösartigen Geschwürs eine Brust entfernt werden muß. Einerseits wird es die Aufgabe des Pflegepersonals sein, ihr bei der psychischen Bewältigung dieses Verlustes beizustehen. Zum andern ergibt sich eine ganze Reihe von somatischen Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität, wie beispielsweise Fieberfreiheit, Schmerzlinderung, rasche und saubere Wundheilung, Wiederherstellung der vollen Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Diese rein illustrative Aufzählung, welche nicht vollständig sein kann, zeigt das Problem, alle möglichen Konsequenzen pflegerischer Handlungen vorauszusehen und die als wichtig erachteten zur Beurteilung heranzuziehen. Wie wir erwähnt haben, muß das auf den Patienten bezogene Genesungsziel konkretisiert werden, da es, in seinem Inhalt umstritten, nicht selber als Maßstab verwendet werden kann. Mit dem dafür verwendeten Begriff der Pflegequalität umschreiben wir demnach Ersatzkriterien. Sie sollten in einem möglichst engen Zusammenhang zur Zielsetzung stehen, damit angenommen werden

---

[52] *ebda,* S. 42: «As a number of observations were made (...), two recurring factors were recognized. First, the observations of nurse and patient *during the time of direct nursing care* were more helpful in sensing qualitative differences than were the observations of the nurse when she was away from the patient. (...) Regardless of what outside factors affected it, direct nursing care was an area in which the nurse *exercised her control* and *determined the manner of her practice.* Second, it was recognized that conversations between the nurse and the patient seemed to be an index to the *manner* in which the nursing care itself was carried out and accepted by the patient.»

[53] SCHLOTFELDT, ROZELLA M., Problems in the Development of Adequate Criteria, Nurs. Res. *11,* 212, Fall 1962.

darf, daß Maßnahmen, deren Konsequenzen in bezug auf das Ersatzkriterium günstig lauten, auch gemessen am letztlichen Ziel positiv zu beurteilen seien. In der Praxis wird man sich oft damit begnügen müssen, auf der allgemeinen Erfahrung beruhende Zusammenhänge anzuerkennen. Dieser Begriff der Pflegequalität erleichtert die Auswahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen, wenn wir ihn mit der Black-box-Methode[54] verbinden. Dabei betrachten wir den kranken Menschen als black-box. Als Input wirken die einzelnen Pflegeleistungen sowie weitere, vom Pflegepersonal nicht beeinflußbare Faktoren wie der Behandlungsplan des Arztes und die allgemeine Spitalsituation (Bau, Einrichtung, Verpflegung). Den Output bilden die Reaktionen des Patienten (Unruhe, Schwitzen, Veränderung bestimmter biochemischer Werte, Tod, usw.). Der gegenwärtige Stand unseres Wissens erlaubt uns auch Aussagen über die innere Struktur der black-box und deren interne Prozesse, zudem verfügt das Pflegepersonal über Informationen betreffend den physischen und psychischen Zustand des Patienten.

Als letzliches Ziel sämtlicher Bemühungen der Krankenpflege bleibt die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Mit Hilfe der Kriterien beurteilen wir also einmal den Pflegeerfolg (Output). Pflegequalität bedeutet in diesem Fall *Pflegeerfolg,* gemessen an den durch die Pflegetätigkeit beeinflußten Verhaltensweisen des Patienten.

Um den gewünschten Pflegeerfolg zu erreichen, muß das Pflegepersonal zur Gestaltung seines Mitteleinsatzes Aufschluß über Input-Output-Beziehungen gewinnen. Sofern dies möglich ist, kann es für die tägliche Arbeitssituation Kriterien zur Beurteilung seiner Verhaltensweisen (Inputs) festlegen, die es ihm dank seiner Kenntnis der black-box-Struktur oder der Input-Output-Beziehungen erlauben, die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen des Patienten zu prognostizieren. Ein derartiges Vorgehen ist besonders in denjenigen Fällen wichtig, in welchen die Patientenreaktionen nicht abgewartet werden dürfen, weil das Risiko negativer Meßergebnisse nicht verantwortet werden kann. Wenn der Mitteleinsatz beurteilt wird, bedeutet Pflegequalität *Qualität der dem Patienten erbrachten Pflegeleistungen.*

Weil es in der Praxis nicht immer möglich ist, den Mitteleinsatz patientenbezogen zu beurteilen, wird die Beurteilung gelegentlich personalbezogen vorgenommen. In diesem Falle bedeutet Pflegequalität

---

[54] Vgl. dazu KLAUS, GEORG, Wörterbuch der Kybernetik, a. a. O., S. 107.

Pflege durch qualifiziertes Personal. Diese Verfahren dienen allerdings vorwiegend personalpolitischen Zwecken.

Somit können wir die Kriterien wie folgt aufteilen:

1. *Outputgerichtete Kriterien*
   beeinflußte Verhaltensweisen des Patienten
2. *Inputgerichtete Kriterien*
   beeinflussende Verhaltensweisen des Pflegepersonals

Mehrere der angewandten Verfahren gestatten eine Beurteilung der Gesamtqualität der Pflege, weil sie den gleichzeitigen Einsatz einer Vielzahl ähnlich gestalteter Kriterien vorsehen, während andere lediglich ganz bestimmte Aspekte untersuchen, ohne ein Gesamturteil zu ermöglichen.

Abbildung 2: Mehrdimensionale Gliederung der Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität

in bezug auf die Blackbox \ in bezug auf den Umfang der Aussage	A Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegequalität	B Beurteilung der Gesamtqualität der Pflege
1. rein inputbezogen	A_1 Qualität der Pflegeleistung	B_1 Qualität der Pflegeleistungen
2. rein outputbezogen	A_2 Qualität des Pflegeerfolges	B_2 vgl. Anmerkung
3. Input-Output-Beziehungen aufzeigend	A_3 Qualität der Pflegeleistung und des Pflegeerfolges	B_3 vgl. Anmerkung

Anmerkung: Wie wir dargestellt haben, läßt sich der auf die Krankenpflege zurückzuführende Anteil an den gesamten Genesungsfortschritten des Patienten nicht isolieren, weshalb aus den Feldern B_2 und B_3 keine Rückschlüsse auf die Pflegequalität gezogen werden dürfen.

230.2 *Die Festlegung von Leistungsstandards*

Sobald die zu beachtenden Meßpunkte mittels der Kriterien festgelegt sind, muß durch Leistungsstandards angegeben werden, welche Meßwerte der Konsequenzen angestrebt werden sollen. Es ist nicht in allen Fällen möglich (vor allem nicht bei outputorientierten Kriterien) oder sinnvoll (vor allem nicht bei inputorientierten Kriterien), die

Konsequenzen zu maximieren oder zu minimieren. Wenn wir auch den Bereich der zu beurteilenden pflegerischen Leistungen im wesentlichen auf die direkte Pflege eingeschränkt haben, bleibt doch eine so große Zahl von möglichen Leistungen übrig, daß das detaillierte Festlegen von Standards für jede einzelne Leistung kaum möglich sein wird. Deshalb empfiehlt sich ein zweistufiges Vorgehen mit einem Grundsatzentscheid und davon abgeleiteten Einzelentscheiden für wichtige Leistungen. Der Entscheid über die angestrebte Pflegequalität ist von allen im Pflegedienst zu fällenden Entscheiden wohl der grundlegendste; seine Auswirkungen betreffen sämtliche anderen Spitalbereiche (vor allem auch die Spitalkosten), und die meisten übrigen Entscheide des Pflegedienstes (Personaldotierung, Zusammensetzung der Pflegegruppen, innerbetriebliche Weiterbildung). Das Niveau der angestrebten Pflegequalität hängt in erster Linie vom Gesundheitsbegriff der Entscheidenden und damit von den in einem Kulturbereich geltenden Werthaltungen bezüglich Gesundheit und Krankheit ab. Wer vom Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation ausgeht, wird sich so lange bemühen, bis der Patient sein Wohlbefinden wiedergefunden hat; wessen Gesundheitsbegriff eher an der Leistungsfähigkeit orientiert ist, wird das Pflegeziel bei deren Wiedererlangung erreicht sehen; wer sich von biochemischen Durchschnittswerten leiten läßt, wird beispielsweise bei einem Diabetiker zufrieden sein, wenn dessen Blutzuckerniveau wieder «eingestellt» ist. Falls die Entscheidenden die Krankheit als Folge von Sünde betrachten, werden sie kaum in Gottes Wege eingreifen wollen und eine allfällige Genesung in erster Linie den natürlichen Widerstandskräften überlassen.

Angesichts der heutigen Rekrutierungsschwierigkeiten wird das Niveau der realistischerweise anstrebbaren Pflegequalität oft vom vorhandenen Personal beeinflußt, gilt doch auch hier der Grundsatz, daß eine Norm für die Betroffenen akzeptierbar und erreichbar sein sollte [55]. Aus praktischen Gründen sind auch an die Formulierung der Leistungsstan-

---

[55] *American Nurses' Association,* Establishing Standards for Nursing Practice, Amer. J. Nurs. 69, 1461–1462, July 1969: «In a sense, what (we want) are minimum standards (...) which many nurses can not only strive for but reach. (...) We hope all nurses (...) will use them. But it is our feeling that standards are something to strive for. All nurses can contribute to high quality care and to achieving a high standard of care, but it would take years of work and experience before any one nurse would be able to meet all these standards in her own practice.»

dards gewisse Anforderungen zu stellen. Die *American Nurses' Association,* welche ihre Ausführungen vor allem auf inputbezogene Standards bezieht, hebt beispielsweise hervor, daß aus der Formulierung eindeutig feststellbar sein müsse, ob eine Leistung erbracht worden sei oder nicht. Zur Formulierung von Leistungsstandards äußert sich auch GREENOUGH[56]. Sie erinnert ebenfalls an die bereits erwähnte Notwendigkeit, das theoretische Konstrukt «Pflegequalität» durch eine operationale Definition zu ergänzen und führt als Beispiel dazu an, es dürfe nicht heißen «Fähigkeit, mit anderen zusammenzuarbeiten», sondern «Zeigt ihre Fähigkeiten, mit anderen zusammenzuarbeiten daran, daß sie von Patienten um Rat und Beistand bei der Lösung beigezogen wird oder daß ihre Vorschläge von Ärzten, Kolleginnen und Mitarbeitern angenommen werden»[57].

Das unterste noch zu verantwortende Niveau der Pflegequalität ist das der sicheren Pflege[58]; der Patient soll durch die Pflege nicht gefährdet oder gar geschädigt werden. Dieses elementare Niveau[59] beruht auf der Auffassung, der Patient sei weitgehend hilflos und abhängig, weshalb er in der Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen unterstützt werden müsse. Das Pflegepersonal erbringt die seiner Meinung nach notwendigen Pflegeleistungen gemäß den standardisierten Arbeitsabläufen; ein besonderes Gewicht wird auf die physischen Bedürfnisse des Patienten gelegt. Auf die Lebensgewohnheiten des Patienten wird nicht Rücksicht genommen, er hat sich den «Erfordernissen der Spitalorganisation» anzupassen. Die ihm gegebenen Informationen beschränken sich auf Anweisungen wie «Halten Sie den Arm hoch», «Drehen Sie sich regelmäßig zur Seite», «Trinken Sie stündlich ein Glas Tee». Das Pflegepersonal verhält sich im Gespräch mit dem Patienten «freundlich», hört ihm zu, ohne aber näher auf ihn einzugehen oder seine Fragen anders als mit allgemeinen Worten zu beantwor-

---

[56] GREENOUGH, KATHARINE, Determining Standards for Nursing Care, Amer. J. Nurs. *68,* 2154, Oct. 1968: «In any field, standards are clear expositions of expected levels of performance which result in expected grades of end products. (...) If such standards are to be devised and used they must be worded in action terms which describe expected behaviors or outcomes. Thus, these statements also describe observable events.»

[57] Vgl. dazu auch MAGER, ROBERT, Lernziele und programmierter Unterricht, Weinheim 1965.

[58] Vgl. die Definition der «sicheren Pflege», S. 36.

[59] Vgl. REITER, FRANCES, KAKOSH, MARGUERITE E., a. a. O., S. 102 ff.

ten. Zur Gewährleistung dieses Qualitätsniveaus müssen an das Pflegepersonal keine besonderen Anforderungen gerichtet werden, es genügen einfachere technische Fähigkeiten. Nur selten ergibt sich die Notwendigkeit, Situationen zu beurteilen und Entscheidungen zu fällen.

Ein nächsthöheres Pflegeniveau ist durch pflegetechnisch anspruchsvolle Leistungen charakterisiert, welche vertiefte medizinische Kenntnisse des Personals voraussetzen[60]. Das Pflegepersonal nimmt zudem Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten des Patienten, dem auf eigenen Wunsch gestattet wird, einzelne seiner Bedürfnisse selber zu befriedigen. In der Pflegeplanung werden die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Spitalaufenhalt und die psychische Verarbeitung der daraus entstehenden Probleme beachtet. Zu diesem Zweck erhält das Pflegepersonal auch eine Schulung in Gesprächsführung.

Ein höchstes Pflegeniveau zeichnet sich durch die Einbeziehung der Patienten in die Planung und Ausführung der Pflege aus, die in ihrer Unabhängigkeit und persönlichen Weiterentwicklung gefördert werden sollen[61].

Wie PLANTENGA hervorhebt, zeigten sich die ersten Ansätze dieser Entwicklung bereits im 16. und 17. Jahrhundert. Weil die Krankenpflege nicht mehr lediglich ein Liebeswerk darstellte, wurden die verantwortlichen Stellen mehr und mehr mit Finanzierungssorgen belastet. Durch die Fortschritte des medizinischen Könnens nahm ferner die Zahl der hospitalisierten Patienten zu. Diese veränderte Situation führte nach und nach zu einer Trennung der ökonomischen von den

---

[60] Vgl. REITER, FRANCES, KAKOSH, MARGUERITE E., a. a. O., S. 103 ff.

[61] *ebda*, S. 113 ff.: «In planning health teaching with the patient the nurse seeks verbal expression of the patient's concept of his condition and its management, as well as an expression of his readiness and motivation to learn self-care. Whenever possible, the nurse includes members of the patient's home setting in her teaching of home care. Before presenting information, the nurse seeks evidence of the patient's ability to carry out self-care, or of his knowledge of what changes in his condition to watch for (...). She then corrects misinterpretations, presents additional information, and reinterprets with him. (...) Nurse permits the patient to make his own decisions, or collaborates with him when they share in making plans which affect him. (...) Nurse helps the patient to solve his problems by encouraging him to express the first steps that he sees toward a solution and reviews these with him before adding factors or suggesting alternatives for his consideration. When patients with similar clinical conditions discuss the problems they have in common, the nurse guides the group in solving problems of self-care.»

pflegerischen Funktionen – die Grundlagen für die heutige, hierarchisch stark gegliederte Krankenhausorganisation wurden vorgezeichnet. Plantenga weist damit auf die zweite Aufgabe der Spitalführung hin: das «Beherrschen des Apparates»[62]. Für den Patienten führt diese Gewichtsverlagerung zu einer möglichst einheitlichen Pflege mit genau festgelegten Arbeitsabläufen. Gute Pflegequalität bedeutet nun den Normen entsprechende Pflegequalität, sei es bezüglich des Tagesablaufes von Patienten und Pflegepersonal, sei es bezüglich einzelner Pflegeverrichtungen. Das Interesse richtet sich auf die Analyse von Arbeitsabläufen (Betten, Lagerungen, Injektionen und Infusionen, Verbandwechsel usw.). Diese Vereinheitlichungstendenzen werden verstärkt durch die Notwendigkeit zur Lösung der Koordinationsprobleme, welche sich durch die große Mobilität des Pflegepersonals und die Praktika von Schülerinnen der gleichen Schule in verschiedenen Spitälern ergeben.

Diese zweite Entwicklungsphase wirkt sich nicht nur auf die Organisation des Personaleinsatzes, sondern auch auf die Stellung des Patienten im Spital aus[63]. Uuskallio weist auf die Konsequenzen einer rationalen, bürokratischen Organisation der Spitalpflege und -behandlung auf die an den Patienten gerichteten Rollenerwartungen hin[64]:

- Passivität, Abhängigkeit und Ergebenheit;
- der Patient schätzt es, wie ein Kind behandelt zu werden;
- dem Patienten ist nicht an Informationen über seine Situation gelegen;
- der Patient ist an seinem sozialen Status nicht interessiert;
- der Patient paßt sich leicht an neue Rollenerwartungen an, auch wenn sie sich wesentlich von seinen bisherigen Rollen unterscheiden.

230.3 *Die angestrebte Pflegequalität als Hinweis auf die Stellung des Patienten und die Entwicklungsphase des Pflegedienstes*

Die gewählten Kriterien und Leistungsstandards lassen sich nicht nur formal nach mehreren Gesichtspunkten unterteilen oder typisiert in

---

[62] Plantenga, Hans, Management in der Krankenpflege, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1968, S. 4.

[63] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Entwicklungsgesetzmäßigkeiten in Organisationen, Zeist 1967, S. 4: «In (dieser) Phase drohen die wirklichen Bedürfnisse des Kunden, einmal ‚übersetzt' in ein Produkt, vergessen zu werden. Das Produkt wird in einen Produktionsprozeß umgesetzt. Dieser Produktionsprozeß wird mit einem immer feiner werdenden System von Normen und Standards geplant. Es wird Zielsetzung für die verschiedenen Abteilungen, die Planung zu erreichen und die Normen zu erfüllen.

[64] Uuskallio, Irma, Measuring Patient Attitudes, World Hosp. 6, 197, 1970.

verschiedene Pflegeniveaus gliedern, als Konkretisierung der auf den Patienten bezogenen Ziele erlauben sie auch Aussagen über dessen Stellung im Spital und die Entwicklungsphase des Pflegedienstes. PLANTENGA unterscheidet zu diesem Zweck drei Aufgabenbereiche des Pflegedienstes – die Behandlung, die Begleitung und die Betreuung[65]. Die Behandlung, gewissermaßen ein Herübergreifen aus dem medizinischen Sektor, betrifft alle Pflegeleistungen, welche mit Diagnose, Therapie und Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs zusammenhängen. Die Betreuung umfaßt jene Handreichungen, welche mit den normalen biologischen Funktionen des Menschen zusammenhängen (Körperpflege, Nahrung und Ausscheidung, Lagerung und Fortbewegung). Die Begleitung richtet sich, als Verbindung zwischen Behandlung und Betreuung, in erster Linie auf die psychische Situation des Patienten und seine Einstellung gegenüber Krankheit und Hospitalisierung. Diese drei Aufgabenbereiche lassen sich mit der Geschichte des Krankenhauswesens verbinden[66].

«Die erste Phase erstreckt sich in der Zeit von den ersten Christengemeinden bis zur Renaissance. Die Krankenpflege erfolgt in den Hospitälern der Bischöfe, danach in denen der Klöster sowie auch der adligen und bürgerlichen Pflegerordensstiftungen. Für diese erste Phase ist es charakteristisch, daß das Werk von der Nächstenliebe getragen wird. In der Vorstellung der Krankenpfleger wurden Seelenheil und Kranksein als eng miteinander verbunden gesehen. (...) Was sich hier als das Wichtigste deutlich abzeichnet, ist auch die erste Management-Aufgabe: Zu sehen, was die Nöte der Patienten sind und wie ihnen darin geholfen werden kann.»

In dieser Phase betont das Pflegepersonal, geleitet vom Caritasgedanken, die Funktion der Begleitung[67].

In einer zweiten Entwicklungsphase – sie ist noch heute in vielen Spitälern vorherrschend – soll die durch das starke Wachstum gefährdete Übersichtlichkeit durch Standardisierung und Normung, Planung, Spezialisierung und Koordination sichergestellt werden. Diese Begleiterscheinungen einer konsequent auf die Zweckmäßigkeit des Mittel-

---

[65] PLANTENGA, HANS, a. a. O., S. 1.

[66] *ebda,* S. 4.

[67] BOS, A. H., Management as the Development of a New Counsciousness, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1971, S. 3: «When an organisation derives its objective from the needs of the consumer, the question arises ‚How can we decide who has what needs where, for the satisfying of which he is dependent on others?' The answer to this question is as simple as it is comprehensive: ‚By going to find out'».

einsatzes ausgerichteten Spitalorganisation widersprechen offensichtlich den erwähnten Werten unserer Gesellschaft in bezug auf Gesundheit und Krankheit[68]. Zu Recht stellt Plantenga fest, daß durch das Überwiegen der Behandlung «diejenige Funktion in der Krankenpflege mehr und mehr ins Hintertreffen (gerät), die sich der Seele und dem geistigen Kern, dem Ich des Patienten widmet, und die eigentlich dem Pflegeberuf sein eigenes Gesicht gibt: die Begleitung»[69]. Auch Uuskallio wirft die Frage nach dem gewählten Ideal auf: Ist es richtig, daß sich der Patient soweit als möglich den Normen des Spitals anzupassen hat, sollte nicht eigentlich das Spital den Bedürfnissen des Patienten entsprechen?[70]

Eine dritte Entwicklungsphase würde sich deshalb dadurch auszeichnen, daß der Patient, seine Gesundheitserziehung und persönliche Entfaltung, wieder in den Mittelpunkt rückten, also diejenigen Elemente, die wir in unserer Gliederung dem höchsten Qualitätsniveau der Pflege zugeordnet haben[71]. Es sollte möglich werden, die auf den Patienten bezogenen Zielsetzungen mit den Erfordernissen der hochdifferenzierten Spitalorganisation in Einklang zu bringen[72]. Ob überhaupt und wann eine dritte Entwicklungsphase und damit ein höheres Niveau der Pflegequalität in unseren Spitälern Realität sein werden, ist angesichts der heutigen Situation ungewiß[73].

230.4 *Die Bedeutung der Verfügbarkeit von Kriterien und Leistungsstandards für unsere Problemstellung*

Das Vorhandensein von Kriterien und Leistungsstandards ist für unsere Problemstellung in mehrfacher Hinsicht wichtig[74]: (1) Zur Be-

---

[68] Vgl. S. 26.

[69] PLANTENGA, HANS, a. a. O., S. 3.

[70] UUSKALLIO, IRMA, a. a. O., S. 199: «To what degree should patients' opinions be taken into consideration and what would be the optimal situation from the standpoint of the hospital as a whole. In what respect can the hospital organisation be made more human in its impact on the patient?»

[71] HENDERSON, VIRGINIA, The Nature of Nursing, Int. Nurs. Rev. *12*, 27, Jan./Feb. 1965: «But just as the nurse seeks to meet the patient's needs during a period of dependency, she also tries to shorten this period. Before she commits any act for the patient, she asks herself what part of it he could himself perform.»

[72] Vgl. dazu auch die zwei Beispiele von Zielen und Prinzipien einer Pflegeeinheit S. 25.

[73] Über die dazu notwendigen Entwicklungsschritte vgl. 3. Teil.

[74] Vgl. dazu auch *Wayne State University, College of Nursing,* Quality Patient Care Scale, Detroit Mich. 1970.

urteilung der Pflegequalität in einer bestimmten Pflegeeinheit. (2) Zum Vergleich der Pflegequalität in verschiedenen Pflegeeinheiten. (3) Zur Ermittlung der Wirkungen vorgenommener Änderungen. (4) Zur Messung des Erfolgs von Ausbildungsprogrammen. (5) Zur Aufdeckung von Zusammenhängen zwischen bestimmten Variablen, beispielsweise der Zusammensetzung der Pflegegruppe, von baulichen Einrichtungen, organisatorischen und administrativen Normen, den charakteristischen Merkmalen der Patienten. Wir werden diesen unterschiedlichen Verwendungszwecken in den nachstehenden Beispielen wieder begegnen.

Für unsere Problemstellung ist ferner von Bedeutung, wer die Pflegequalität beurteilt. Die meisten der in der Literatur beschriebenen Verfahren setzen einen größeren technischen und personellen Apparat voraus. Für das zurzeit wohl umfassendste Verfahren, die «Quality Patient Care Scale» des College of Nursing der Wayne State University, werden nicht weniger als fünfzig Schreibmaschinenseiten für die Instruktion der Beobachter benötigt, welche zudem noch Einführungskurse zu besuchen haben. Dadurch werden die Anwendungsmöglichkeiten dieses Verfahrens aus finanziellen und personellen Gründen stark eingeschränkt. Es stellt sich auch die Frage, ob die so gewonnenen Erkenntnisse später wirklich in die Praxis umgesetzt werden, sind doch die in einem Spital für den Pflegedienst Verantwortlichen während der Beurteilung der Pflegequalität in eine passive Rolle versetzt. Immerhin zeigt die schweizerische Erfahrung mit Studien über das Pflegewesen, daß repräsentative, mit einem umfassenden wissenschaftlichen Apparat erhobene Daten ein landesweites Echo auszulösen vermögen und eher anerkannt werden. Für die Praxis empfiehlt es sich, mehrere Verfahren anzuwenden. Einmal auf landesweiter oder regionaler Ebene groß angelegte Untersuchungen mit repräsentativem Charakter, dann im Rahmen einzelner Spitäler Erhebungen mit eigenem Personal, unter Umständen unter Beizug externer Spezialisten. Schließlich wäre es ein erstrebenswertes Ziel, daß das Personal einer Pflegeeinheit laufend eine Selbstauswertung mittels einfacherer Kriterien vornähme. Dieses Vorgehen hätte den Vorteil, daß bei ihm die Motivation, nötigenfalls Veränderungen vorzunehmen, am größten wäre.

Wir haben bereits einleitend auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die für die Auswahl der repräsentativen Verhaltensweisen notwendigen Kriterien zu bestimmen[75]. Gerade Verfahren zur Gesamtbeurteilung

[75] Vgl. S. 42.

der Pflegequalität werden durch die Vielfalt möglicher Verhaltensweisen sehr umfangreich und schwerfällig in der Anwendung. Eine große Vereinfachung ergibt sich dabei durch die erwähnte Zweiteilung des Verfahrens in einen Rahmenentscheid und davon abgeleitete Detailentscheide. Einige Autoren behelfen sich zusätzlich mit einer engen Auswahl von für das Ganze repräsentativen Pflegeleistungen[76]; aber auch so können die beobachteten Verhaltensweisen oft zu wenig fein und differenziert dargestellt werden. Müßten das analytisch-behavioristische Vorgehen mit dem theoretischen Konstrukt «Pflegequalität» und die damit verbundenen operationalen Definitionen nicht durch die geisteswissenschaftlich-phänomenologische Betrachtungsweise[77] der Introspektion ergänzt werden? Die positive Verhaltensweise «Auf das Klingelzeichen des Patienten wird unabhängig von der Häufigkeit seines Auftretens sofort reagiert» kann von Beobachtern festgestellt werden[78] und ist ohne weiteres intersubjektiv überprüfbar. Wenn hingegen in der Beurteilungsskala steht «Der Patient wird freundlich und liebevoll gepflegt», handelt es sich hier erneut um zwei theoretische Konstrukte, die ihrerseits operationaler Definition bedürften. Wesentlich einfacher hat es aber der Beobachter, der die Bedürfnisse des Patienten dank seiner Einfühlungsgabe und unter Berücksichtigung der ganzen Situation versteht. Bereits bei der Charakterisierung der eigenständigen Funktion des Pflegepersonals konnten wir auf die Ausführungen Hendersons hinweisen, welche das Einfühlungsvermögen des Pflegepersonals als besonders wichtig für eine erfolgreiche Arbeit bezeichnete. Es ist denn auch ein charakteristisches Merkmal der dritten Entwicklungsphase des Pflegedienstes, daß keine Verhaltensweise am Krankenbett beurteilt wird, ohne daß vorher die Bedürfnisse des Patienten festgestellt worden wären. Im Unterschied dazu werden in der zweiten Entwicklungsphase Pflegeverrichtungen anhand von standardisierten Arbeitsabläufen bewertet.

---

[76] Vgl. S. 65 ff.

[77] SEIFFERT, HELMUT, Einführung in die Wissenschaftstheorie, Bd. 2, München 1970, S. 26: «Phänomenologisch nennen wir demzufolge eine Methode, die die Lebenswelt des Menschen unmittelbar durch ‚ganzheitliche' Interpretationen alltäglicher Situation versteht. Der Phänomenologe ist demnach ein Wissenschaftler, der selbst an dieser Lebenswelt durch seine Alltagserfahrungen teilhat, und der diese Alltagserfahrungen für seine wissenschaftliche Arbeit auswertet.»

[78] *Wayne State University, College of Nursing,* a. a. O., S. 4.

231 *Die Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen*

231.1 *Vorbemerkung*

Ein großer Teil der Leistungsstandards bezieht sich auf die zu leistende Arbeit, den Input. Der Leistungsstandard schreibt hier eine bestimmte zu erbringende Leistung beziehungsweise die Art und Weise, wie diese Leistung durchzuführen ist, vor. Gemessen wird demzufolge, ob die Leistung erbracht ist oder nicht und ob gewisse Anforderungen an die Art und Weise der Durchführung erfüllt sind. In günstigsten Fällen, vor allem bei der Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegetätigkeit, kann die Wirkung des Inputs direkt am Output gemessen werden, in anderen Fällen, so bei der Gesamtbeurteilung der Pflegequalität, bedürfen wir eines Ersatzmaßstabes. NADLER und SAHNEY weisen darauf hin, daß Leistungsstandards, welche sich nur auf einzelne Aspekte der Pflegetätigkeit beziehen, mögliche positive und negative Synergien vernachlässigen[79]. Sie entwickelten deshalb ein äußerst differenziertes Modell der Krankenpflege und -behandlung mit den drei Hauptbereichen Diagnose, Behandlung und Administration. Dieses deskriptive Modell soll die Grundlage für eine Gesamtbeurteilung der Pflegequalität bilden. Jeder der erwähnten drei Bereiche ist in eine Vielzahl von Unterbereichen aufgeteilt; bei Diagnose und Behandlung bilden beispielsweise die pflegerischen Leistungen solche Unterbereiche. Sie sind ihrerseits wieder gegliedert in technische, personelle und Führungsaufgaben. Da aber nicht jeder Tätigkeit dieselbe Bedeutung für den Gesamterfolg der Pflege zukommt, bedarf es einer Gewichtung, deren Grundlagen durch die für eine Pflegeeinheit geltenden Ziele und Grundsätze geliefert werden. Allgemein gültige Gewichtsfaktoren erscheinen deshalb nicht als sinnvoll.

Auch bei einer Gesamtbeurteilung sind einzelne Aspekte der Pflegetätigkeit näher zu beurteilen. Deshalb beschreiben wir als erstes Lei-

---

[79] NADLER, GERALD, SAHNEY, VINOD, A Descriptive Model of Nursing Care, Amer. J. Nurs. 69, 336, Feb. 1969: «The research projects do not involve enough factors to cover adequately the range of nursing service. A large number of factors influence nursing service and its quality and to assume that only one or just a few could significantly measure of influence quality is to ignore them as well as their complex interrelationships. No one has developed a complete model of all factors in nursing service to guide the research or to indicate fruitful questions for research.»

stungsstandards, welche sich nur auf bestimmte Pflegeverrichtungen beziehen, ohne ein Gesamturteil zu ermöglichen. Bei diesem Sachverhalt besteht oft die Möglichkeit, den Input direkt am Output zu messen (Input-Output-Beziehung ist ersichtlich), weshalb die Kategorien A_1, A_2 und A_3 der mehrdimensionalen Gliederung der Kriterien[80] zusammenfallen. Zur Gewinnung von Übersicht bei der Darstellung dieser Leistungsstandards gliedern wir den Arbeitsbereich des Pflegepersonals weiter auf; dabei stützen wir uns streckenweise auf eine Einteilung von Gorham[81].

Leistungsstandards zur Gesamtbeurteilung der Pflegetätigkeit können aus den früher dargelegten Gründen[82] nicht mit einem bestimmten Pflegeerfolg in Verbindung gebracht werden. Input-Output-Beziehungen sind also höchstens aufgrund der allgemeinen Erfahrung bekannt, weshalb zu ihrer Ermittlung Patienten oder Experten befragt werden müssen. Diese Standards haben aber den Vorteil, daß sie dem Beurteilenden ein Gesamturteil ermöglichen, ohne ihn der Gefahr auszusetzen, sich bei der Vielzahl von Alternativen und Kriterien in Einzelheiten zu verlieren. Aus praktischen Gründen sind sie oft nicht patienten-, sondern personalbezogen formuliert. Bei der Schilderung der nachfolgenden Beispiele stehen weniger die einzelnen Kriterien und dazugehörenden Standards im Vordergrund – es stellen sich ja grundsätzlich keine anderen Probleme als bei der Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegetätigkeit –, sondern vielmehr die Verfahren zum Festlegen der Leistungsstandards, die oft besondere Schwierigkeiten bieten. In der Praxis wird man beide Arten von Standards anwenden, ihre Grenzen sind ja ohnehin fließend. Standards zur Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegequalität erscheinen in Anbetracht des nicht unerheblichen Arbeitsaufwandes vor allem bei als besonders wichtig erachteten Pflegetätigkeiten gerechtfertigt.

231.2 Leistungsstandards für einzelne Aspekte der Pflegetätigkeit

231.20 Unterstützung des Patienten bei seiner Anpassung an Krankheit und Spitalaufenthalt. In diese Kategorie pflegerischer Verhaltensweisen gehören insbesondere die Information des Patienten an-

---

[80] Vgl. S. 44.

[81] GORHAM, WILLIAM A., Methods for Measuring Staff Nursing Performance, Nurs. Res. *12*, 4, Winter 1963.

[82] Vgl. S. 41 ff.

läßlich seines Spitaleintritts, die Erklärung von Untersuchungsverfahren und Behandlungen, die Hilfe bei emotionellen Spannungen sowie die Vorbereitung auf das Leben nach der Hospitalisierung. PRIDE ging von der bereits diskutierten Streßsituation des kranken oder von Krankheit bedrohten Menschen aus. Als wesentliche Aufgabe des Pflegepersonals bezeichnete sie deshalb die Vermeidung von Streßsituationen oder doch die Milderung deren Konsequenzen. In ihren Untersuchungen maß sie die Zusammenhänge zwischen der Verhaltensweise des Pflegepersonals und dem Wohlergehen des Patienten. Die Art und Weise der Kommunikation des Pflegepersonals mit dem Patienten bildete die unabhängige Variable. Dabei unterschied sie zwei Arten von Informationen: Einerseits eine Orientierung über das Spital und die für den Patienten vorgesehene Pflegeeinheit sowie deren Personal, dazu Angaben über den Tagesablauf und die geplanten Untersuchungen und Behandlungen; andererseits sollte versucht werden, die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Hospitalisation aufgrund seines verbalen und nichtverbalen Verhaltens festzustellen und ihm bei der Anpassung an die neue Situation zu helfen. Als Kriterium verwendete sie den Kaliumgehalt des Urins, dessen Veränderungen die abhängige Variable bildeten[83]. Als zweite abhängige Variable setzte sie einen psychologischen Test, die «IPAT Anxiety Scale», ein[84]. Insgesamt hundertacht Patienten eines Spitals wurden in drei Gruppen eingeteilt; neben der eigentlichen Experimentiergruppe sollten noch eine Placebogruppe zum Studium des Hawthorneffekts und eine Kontrollgruppe mit der normalen Pflege überwacht werden. Pride kam zum Ergebnis, daß der Kaliumgehalt des Urins als Maßstab geeignet ist und besonders auch genügend fein anspricht, um die Auswirkungen der Verhaltensweise des Pflegepersonals festzustellen. Es konnten wesentliche Unterschiede in den Auswirkungen der verschiedenen Verhaltensweisen auf die drei

[83] PRIDE, L. FRANCES, An Adrenal Stress Index as a Criterion Measure for Nursing, Nurs. Res. *17*, 292 + 300, Jul./Aug. 1968: «The amount of potassium excreted in the urine is one (...) stress index. (...) The consequences of this nursing approach were determined by measuring the urine potassium output of the study subjects. (...) The output of urine potassium is increased during periods of stress.»

[84] *ebda*, S. 295: «The IPAT Anxiety Scale was used as an outside criterion measure for the dependent variable, urine potassium. The 40-item verbal measure of situational anxiety is, according to its authors, ‚a brief clinically-valid questionnaire for measuring anxiety'. (...) They claim that it can be used as a ‚clinical thermometer' for anxiety levels.»

Patientengruppen ermittelt werden. Zumindest für die in die Untersuchung einbezogenen Patienten gilt die Schlußfolgerung, daß der mit der Hospitalisierung verbundene Streß durch die beschriebene Versuchsanordnung in wesentlichem Maße reduzierbar ist[85]. Allerdings bestand keine positive Korrelation zwischen dem Kaliumgehalt des Urins und den Werten der «IPAT Anxiety Scale». Pride führt dieses Ergebnis auf die möglicherweise unterschiedlichen Definitionen von Streß und Angst in den beiden Meßinstrumenten zurück. Sehr aufschlußreich sind die Vergleiche zwischen der eigentlichen Experimentiergruppe und der Placebogruppe, zeigen sie doch, daß der Zeitaufwand, den eine Krankenschwester einem Patienten widmet, für den Pflegeerfolg nicht wesentlich ist. Ausschlaggebend ist einzig, *was* das Pflegepersonal für den Patienten unternimmt und wie gut es seinen Bedürfnissen entspricht. Dieses Ergebnis, es wird durch andere Untersuchungen bestätigt, läßt die Schlußfolgerung zu, daß eine Verbesserung der Pflegequalität, verstanden als das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten, lediglich durch eine Erhöhung der für einen Patienten zur Verfügung stehenden Zeit nicht erreicht werden kann. Inputbezogen läßt sich demzufolge aus den Untersuchungen Prides als Leistungsstandard die Vorschrift festlegen, dem Patienten die geschilderten Informationen zu vermitteln. Outputbezogen formuliert bedeutet der Leistungsstandard, der Kaliumgehalt des Urins dürfe nach dem Eintritt des Patienten ins Spital streßbedingt eine bestimmte Höhe nicht überschreiten beziehungsweise die «IPAT Anxiety Scale» nur bestimmte Werte erreichen. Wir erkennen an diesem ersten Beispiel, daß inputbezogen formulierte Standards leichter kontrollierbar sind. Allerdings muß ein genügend gesicherter Zusammenhang zwischen ihnen und outputbezogenen Standards gesichert sein, damit nicht fehlerhafte Verhaltensweisen zur Norm werden. Die in Prides Versuch nachgewiesene Bedeutung der situationsgemäßen Verhaltensweisen des Pflegepersonals ist auch von anderen Autoren untersucht worden. DUMAS und LEONARD[86] untersuchten die Auswirkungen unterschiedlicher Verhaltensweisen des Pflegepersonals in der Vorbereitung von Patienten auf unmittelbar bevorstehende Operationen. Zu diesem Zweck beobachteten sie die frisch operierten Pa-

[85] Zur statistischen Analyse der erzielten Ergebnisse vgl. PRIDE, L. FRANCES, a. a. O., S. 299 ff.

[86] DUMAS, RHETAUGH G., LEONARD, R. C., Effect of Nursing on the Incidence of Postoperative Vomiting, Nurs. Res. *12*, 12–15, Winter 1963.

tienten auf der Wachstation. Als kritische Ereignisse vermerkten sie vor allem das Erbrechen von Patienten. Sie berichten, daß die emotionellen Reaktionen der Frischoperierten auf Krankheit, Pflege und Behandlung sehr wesentlich von der Art ihrer Vorbereitung auf die Operation abhingen. MERTZ[87] ging bei notfallmäßig eingelieferten Patienten eines städtischen Großkrankenhauses ähnlich vor. Er untersuchte Blutdruck und Puls und konnte dabei wesentliche Unterschiede zwischen den Patienten der Experimentier- und der Kontrollgruppe feststellen. ELMS und LEONARD[88] schließlich suchten nach besseren Lösungen für die Gespräche bei der Aufnahme von Patienten ins Spital. Sie ermittelten als Variablen die Werte von Blutdruck, Puls, Atmung und Körpertemperatur. Allerdings konnten sie so keine Unterschiede zwischen den Angehörigen der Experimentier- und der Kontrollgruppe feststellen. Als sie aber nach dem Experiment mit den frisch Hospitalisierten ein Gespräch über deren Empfindungen während der Aufnahmeprozedur führten, ergab sich ein eindeutiges Überwiegen positiver Antworten der Angehörigen der Experimentiergruppe.

Die beschriebenen Kriterien enthalten zwei wichtige Elemente der dritten Entwicklungsphase des Pflegedienstes: das Eingehen auf die persönlichen Probleme des Patienten und die Information des Patienten über das Spital, über Untersuchungen und Therapien. Das Beispiel von Elms und Leonard zeigt deutlich, daß es nicht unbedingt nötig ist, einen ganzen wissenschaftlichen Apparat für Urinuntersuchungen und psychologische Tests aufzuziehen. Gerade die Krankenschwester, welche den Erfolg ihrer Bemühungen laufend selber auswerten will, wird an den leichter feststellbaren verbalen und nichtverbalen Äußerungen des Patienten genügend Anhaltspunkte für ein der Situation angemessenes Verhalten finden.

231.21 Unterstützung des Patienten bei der Grundpflege. Auch für diesen weiten Bereich pflegerischer Aktivität soll anhand einiger Beispiele gezeigt werden, wie Kriterien und die dazugehörenden Leistungsstandards festzulegen sind und welche Lösungen zur angestrebten Entwicklung des Pflegedienstes beitragen könnten.

---

[87] MERTZ, HILDA, Nurse Actions that Reduce Stress in Patients, in: Emergency Intervention by the Nurse, American Nurses' Association, New York 1962, S. 10–14.

[88] ELMS, ROSLYN R., LEONARD, R. C., Effects of Nursing Approaches During Admission, Nurs. Res. *15*, 39–48, Winter 1966.

THOMPSON untersuchte die Ausscheidungsprobleme von Patienten mit der Hypothese, zwischen einem bestimmten Vorgehen des Pflegepersonals und der Zufriedenheit des Patienten, gemessen mit Hilfe eines Fragebogens, bestehe ein Zusammenhang[89]. Das auf der Versuchsstation arbeitende Personal wurde instruiert, Ausscheidungsproblemen der Patienten in einer neuen Weise zu begegnen. Als erstes sollte es das normale Ausscheidungsverhalten der Patienten kennen lernen, danach waren die Auswirkungen der Krankheit auf den Verdauungs- und Ausscheidungsprozeß zu ermitteln. Eine weitere Grundlage für die Tätigkeit des Pflegepersonals bildete die Beobachtung des aktuellen Ausscheidungsverhaltens, so daß nötigenfalls die sich aufdrängenden Eingriffe ausgeführt werden konnten. Jeder dieser Schritte war in Pflegeplan und Pflegebericht festzuhalten und auf seinen Erfolg hin zu überprüfen. Die Reaktion der Patienten wurde, wie erwähnt, mittels eines Fragebogens beurteilt; sie hatten beispielsweise die Frage zu beantworten, ob das Pflegepersonal ihrer Meinung nach ihre Lebensgewohnheiten verstehe und sich Mühe gebe, daß sie so weit wie möglich auch im Spital daran festhalten könnten. Als Ergebnis stellte die Autorin fest, daß die Patienten mit diesem Teilbereich der Pflege wesentlich besser zufrieden waren als vorher. Sie hatten mehr Vertrauen in das Wissen und Können des Pflegepersonals gefunden. Dieses achtete besser als vor der Instruktion auf die Äußerungen der Patienten, welche mit Ausscheidungsproblemen im Zusammenhang standen.

Wir erwähnen diesen Versuch als Beispiel für eine individuelle Pflege, welche nur gewährleistet ist, wenn sich das Pflegepersonal bemüht, auf die Bedürfnisse und Probleme des Patienten wirklich einzugehen und sich damit auseinanderzusetzen[90]. Ein zum verwendeten Kriterium «Beurteilung der Pflegetätigkeit durch den Patienten» allenfalls aufgestellter Leistungsstandard könnte beispielsweise als Prozentsatz positiver Antworten anläßlich der Patientenbefragungen formuliert werden.

Von einem aufschlußreichen Experiment berichtet SCHWARTZ[91], die zeigt, wie mit einem Minimum an Aufwand gute Erfolge gezielt wer-

---

[89] THOMPSON, SHIRLEY M., Managing the Problems of Elimination, Nurs. Outlook *14*, 58, Nov. 1966.

[90] Vgl. dazu auch unsere Ausführungen über die Pflegeanamnese im 3. Teil.

[91] SCHWARTZ, DORIS R., Nursing Care Can Be Measured, Amer. J. Nurs. *48*, 149, March 1948.

den können. In einer Pflegeeinheit, welche normalerweise fünfundsiebzig Betten umfaßte, war jeweils die Hälfte der Patienten in den ersten Tagen der nachoperativen Phase. Die meisten erhielten Schmerz- und Schlafmittel. Die Krankenschwestern gaben aufgrund der ärztlichen Verordnungen routinemäßig in den ersten zwei Nächten nach der Operation Schlafmittel ab, sofern die Patienten nicht einschlafen konnten oder während der Nacht aufwachten. In den folgenden Nächten war das Pflegepersonal ermächtigt, bei Bedarf ebenfalls Schlafmittel abzugeben. Zu diesem Zweck unternahm die Nachtwache regelmäßig Rundgänge durch alle Krankenzimmer. Die Autorin ging von der Hypothese aus, der Schlafmittelverbrauch ließe sich wesentlich senken, wenn sich das Pflegepersonal und die Ärzte mehr um die Patienten kümmerten. Sie sah deshalb vor, daß jeden Abend eine zusätzliche Stunde der Vorbereitung der Patienten auf die Nacht zu widmen sei. Die normale Zeit für das Lichterlöschen wurde ebenfalls um eine Stunde hinausgeschoben. In dieser Zeit besorgte die Nachtwache verschiedene kleine Pflegeverrichtungen und sprach kurz mit möglichst viel Patienten. Der Stationsarzt führte zusätzlich eine kurze Visite durch und erledigte verschiedene Aufgaben, für welche die Zeit am Tage nicht gereicht hatte. Nach einem Monat konnten die folgenden Ergebnisse festgehalten werden: An denjenigen Abenden, an welchen die Nachtwache den Patienten eine zusätzliche Stunde widmete (sechzig Minuten für fünfundsiebzig Patienten), verringerte sich die Anzahl verlangter Schlafmittel um einen Drittel. Wenn zusätzlich zur Nachtwache auch der Stationsarzt noch eine Runde machte (zwanzig bis fünfundvierzig Minuten für fünfundsiebzig Patienten), ging der Schlafmittelverbrauch sogar um fünfundvierzig Prozent zurück. An denjenigen Abenden, an welchen weder die Nachtwache noch der Arzt zusätzliche Zeit aufbringen konnten, beispielsweise wegen eingelieferter Notfälle, stieg das Verlangen der Patienten nach Schlafmitteln wieder auf das frühere Ausmaß, selbst dann, wenn ein Patient während mehrerer vorangehender Nächte ohne Schlafmittel gut geschlafen hatte.

Dieser Versuch ist ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten des Pflegepersonals, sich selber Leistungsstandards zu setzen (Schlafmittelverbrauch) und die Ergebnisse der eigenen Bemühungen laufend auszuwerten, ohne auf außenstehende Experten angewiesen zu sein.

O'Malley beschreibt, wie in einem Versuch die Qualität der Pflege mit Hilfe von Checklists regelmäßig überwacht wurde. Aufgrund einer

Liste aller interessierender Meßpunkte wählte sie mittels Zufallszahlen-Tabellen für jede Pflegeeinheit fünf Beobachtungsgruppen aus, so daß die Leistungen des Personals jeder Pflegeeinheit alle vierzehn Tage bewertet werden konnten. Die Meßpunkte waren als geschlossene Fragen formuliert (Ja, Nein), dadurch wurden auch quantitative Auswertungen möglich. Im Unterschied zu Thompson und Schwartz, die sich bemühten, auf den einzelnen Patienten und seine Bedürfnisse einzugehen, schien O'Malley eher an vorschriftsgemäßen Arbeitsabläufen interessiert zu sein, was sich anhand der gestellten Fragen leicht aufdecken läßt[92].

Von einer ähnlichen Lösung berichtet auch Mc Guire[93]. Sie legte für bestimmte Bereiche pflegerischer Aktivitäten Leistungsstandards fest und beurteilte mittels Multimomentaufnahmen die entsprechenden Leistungen. Daraus ermittelte sie für jede Pflegeeinheit einen Prozentsatz positiver Ergebnisse nach der Formel

$$\frac{100}{\text{Zahl der beobachteten Leistungen}} \cdot \begin{matrix}\text{Zahl korrekt}\\ \text{ausgeführter}\\ \text{Leistungen}\end{matrix} = \begin{matrix}\text{Leistungsniveau}\\ \text{der Pflege-}\\ \text{einheit}\end{matrix}$$

Vor einer Anwendung dieses Verfahrens müßte allerdings überprüft werden, ob eine Gewichtung der beurteilten Pflegeleistungen nicht einen engeren Zusammenhang zwischen den Leistungsstandards und den für die betreffende Pflegeeinheit geltenden Zielsetzungen und Grundsätzen herstellen könnte.

231.22 *Unterstützung der Behandlung des Patienten.* Moss und Meyer untersuchten die Möglichkeiten des Pflegepersonals, den Patienten durch geeignete Maßnahmen bei der Schmerzlinderung behilflich zu sein, ohne auf Schmerzmittel zurückzugreifen. Sie gingen von

---

[92] O'Malley, Claire D., Application of Systems Engineering in Nursing, Amer. J. Nurs. 69, 2159, Oct. 1969: «*A. Patient welfare and safety.* (1) Patient does not appear to require immediate attention (arms, legs, clear, etc.)? (2) Side rails up? (3) Properly draped to avoid exposure? (4) Dressing clean and comfortable? (5) Equipment, tube, etc., functioning? (6) Nurse performing procedure correctly and efficiently?»

[93] Mc Guire, Rita L., Bedside Nursing Audit, Amer. J. Nurs. 68, 2146, Oct. 1968. Die nachfolgenden Beispiele aus der Fragestellung McGuires zeigen deutlich ihr Interesse an vorschriftsgemäßen Arbeitsabläufen: «(1) Is body clean? (2) Is there evidence that mouth care has been given? (3) If frequent mouth care is indicated, has notation to this effect been entered on nursing care plan? (4) Is hair clean? (5) Is scalp clean? (6) Are fingernails clean?»

der Hypothese aus, daß eine Schmerzlinderung nur beim Vorhandensein mehrerer Situationsmerkmale eintrete; fehlten diese ganz oder teilweise, bliebe eine Schmerzlinderung aus. Ihre Versuchsanordnung bestand aus einer Experimentier- und einer Kontrollgruppe, das Verhalten des Pflegepersonals in der Experimentiergruppe war dabei genau vorgeschrieben: (1) Die Krankenschwester tritt auf den Patienten zu. (2) Sie blickt den Patienten an. (3) Sie grüßt den Patienten. (4) Sie führt sich ein. (5 a) Sie bleibt inaktiv. (5 b) Sie wird aktiv, weil der Patient es verlangt. (6) Sie spricht mit dem Patienten über seine Schmerzen, deren Intensität, Art, Dauer. (7) Sie betont, sie wolle dem Patienten helfen, damit er Erleichterung finde. (...) (11) Die Krankenschwester sagt, sie werde in fünfzehn Minuten wiederkommen, um nach dem Patienten zu sehen[94]. Die Ergebniskontrolle erfolgte mittels Fragebogen, die von der Krankenschwester beim Patienten auszufüllen waren. Sie erkundigte sich danach, wie sich der Kranke fühle, ob seine Schmerzen gleich, kleiner oder größer seien als vor ihrem ersten Kontakt. Der Patient wurde ferner gefragt, ob er andere Wege zur Schmerzlinderung kenne als Medikamente, wie er auf Schmerzanfälle reagiere und für welchen Zeitraum er weitere Schmerzen erwarte. Die Hypothese konnte bei den in die Untersuchung einbezogenen Patienten nicht widerlegt werden. Es scheint, daß das gewählte Verfahren bei Patienten mit Schmerzen erfolgreich angewendet werden kann[95, 96].

Von einem ähnlichen Ansatzpunkt wie Moss und Meyer ging auch Mc Bride aus. Sie definierte Schmerzen als psychisches und physisches Phänomen und betrachtete deshalb das Verlangen eines Patienten nach einem schmerzlindernden Mittel auch als möglichen Wunsch nach Kontakt mit einem andern Menschen und nach Geborgenheit und An-

[94] Moss, Fay T., Meyer, Burton, The Effects of Nursing Interaction Upon Pain Relief in Patients, Nurs. Res. *15*, 304, Fall 1966.

[95] *ebda*, S. 306: «In terms of our hypothesis, we interpret these results to mean that the nurse has succeeded in altering the experimental group's perception of the stimuli associated with pain by changing their attitudes toward the stimuli. (...) Nevertheless, we feel that this study has relevance for current nursing practice. Regardless of the interpretations, it tells us that nursing care can be planned deliberately to achieve some measure of effectiveness.»

[96] *ebda*, S. 305: «*Method of analysis.* (...) It can be observed that the two groups are approximately equated in all categories except ‚pain intensity' and ‚nervous'. Chi-square tests were performed for these two categories and resulted in values of 5.56 for two degrees of freedom and 4.64 for one degree of freedom, respectively. Only the latter was significant at the five percent level of confidence.»

erkennung. Ihre Hypothese ging davon aus, daß der physiologische Streß bei einem Schmerzanfall durch die Behebung des oft dahinterliegenden psychischen Stresses überwunden werden kann. Auch in ihrer Versuchsanordnung bildete die Art und Weise des Verhaltens des Pflegepersonals die unabhängige Variable. In einer Experimentiergruppe suchten die besonders vorgebildeten Krankenschwestern herauszufinden, was der Patient mit «Schmerzen» meinte, beurteilten seine unmittelbar akuten physischen und psychischen Bedürfnisse, führten die ihnen notwendig erscheinenden pflegerischen Maßnahmen aus und bewerteten den Erfolg. In einer ersten Kontrollgruppe erhielten die Krankenschwestern die Weisung, die Klage eines Patienten über Schmerzen als Verlangen nach Schmerzmitteln zu interpretieren. Die zweite Kontrollgruppe von Patienten erhielt die in der Pflegeeinheit übliche Pflege, bei der das Pflegepersonal dem Patienten sehr wenig Zeit widmete. Die Interaktionen zwischen Krankenschwestern und Patienten dauerten in der Experimentiergruppe durchschnittlich fünfundzwanzig Minuten, in der ersten Kontrollgruppe durchschnittlich sechzehn Minuten und in der zweiten Kontrollgruppe durchschnittlich sieben Minuten. Das Wohlergehen der Patienten, gemessen an ihren mündlichen Äußerungen über Schmerzen, an der Veränderung von Puls und Atmung und anderen nichtverbalen Äußerungen[97] bildete die abhängige Variable. Bei der Auswertung der Ergebnisse ergab sich, daß lediglich die Patienten der Experimentiergruppe nach den Gesprächen mit den Krankenschwestern eine Schmerzlinderung verspürten und sich hier auch gemessen an den anderen Kriterien die besten Ergebnisse zeigten. Die deutlichsten Unterschiede konnten bei den mündlichen Äußerungen der Patienten nachgewiesen werden[98].

Auch für diese Versuchsanordnung lassen sich Leistungsstandards festlegen. Die mündlichen Äußerungen der Patienten sind wie die Ergebnisse einer Befragung statistisch auswertbar, so daß die Festlegung

[97] Mc Bride, Mary Angela B., Nursing Approach, Pain, and Relief, An Exploratory Experiment, Nurs. Res. *16*, 340, Fall 1967: «Nonverbal behavior was also systematically observed and recorded. (...) Some of the items included on this checklist were the following: complexion (pale, gray, sallow, pink, or ruddy); eyes (open or closed, with or without tears); forehead (wrinkled or smooth); lips (dry or moist, pursed or relaxed); perspiration (slight, moderate, or profuse).»

[98] Mc Bride, Mary Angela B., a. a. O., S. 339: «Only patients nursed experimentally experienced initial relief. These differences are significant between the .005 and .0005 levels.»

eines Prozentsatzes positiver Antworten als Leistungsstandard möglich wird. Bei den Veränderungen von physiologischen Größen erscheint die Festlegung bestimmter Höchstwerte als geeignet, während die anderen nichtverbalen Äußerungen beispielsweise mittels eines Punktsystems zu erfassen wären.

Die erwähnten Kriterien orientieren sich ebenfalls an den individuellen Bedürfnissen der Patienten, enthalten also Elemente der dritten Entwicklungsphase, ganz im Unterschied zum Meßinstrument von DUNN [99]. Diese ließ das Arbeitsverhalten von Krankenschwestern aufgrund einer eingehenden Aufgabenanalyse durch Experten beurteilen. Für intramuskuläre Injektionen beispielsweise unterschied sie nicht weniger als vierunddreißig Handlungen, angefangen bei «Überprüft die Eintragung im Kardex» über «Befestigt vorsichtig die Nadel an der Spritze» bis «Trägt die ausgeführte Verrichtung im Pflegebericht ein». Die einzelnen Handlungen wurden je nach ihrer Wichtigkeit mit einem bis fünf Punkten bewertet, so daß insgesamt hundertvierzig Punkte zu erreichen waren. Dieses Vorgehen ist charakteristisch für die zweite Phase in der Entwicklung des Pflegedienstes. Einen aufschlußreichen Aspekt dieses Versuchs bildete die Hypothese, daß eine positive Korrelation zwischen den Kenntnissen einer Krankenschwester über Pflegeziele und Pflegeprinzipien einerseits und ihren technischen Fähigkeiten andererseits bestehe, wie sie für fünf ausgewählte Pflegevorrichtungen beobachtet wurden. Diese Hypothese mußte verworfen werden [100]. Die fünf Krankenschwestern (von insgesamt fünfunddreißig), welche am besten über Pflegeziele und -prinzipien orientiert waren, schnitten in der praktischen Tätigkeit alle unterdurchschnittlich ab. Die fünf Krankenschwestern hingegen, welche über die wenigsten Grundsatzkenntnisse verfügten, arbeiteten in der Praxis überdurchschnittlich gut.

231.23 *Administrative Arbeiten.* Auch zur Beurteilung administra-

[99] DUNN, MARGARET A., Development of an Instrument to Measure Nursing Performance, Nurs. Res. *19*, 502–510, Nov.–Dec. 1970.

[100] *ebda.* S. 505: «The statistical analysis was comp'eted (...) as follows: 1. The Nursing Princip'es Test reliability was computed by the use of Hoyt's analysis of variance. 2. Student's ‚t' test for significance of difference between correlated means was computed. 3. Intercorrelations within each administration of the five nursing procedures among themselves and separately on the total, as well as intercorrelations within each of five scientific principles among themselves and separately on the total, were made. 4. The ‚t' test for significance of each of the correlations was couputed.»

tiver Arbeiten sind Leistungsstandards verwendbar. In vielen Spitälern bestehen beispielsweise Karten, auf denen das richtige Vorgehen für alle mit Untersuchungen und Therapien zusammenhängenden schriftlichen Arbeiten beschrieben wird. Ein Leistungsstandard könnte hier beispielsweise die maximal zulässige Fehlerzahl festlegen. Die bereits zitierte O'MALLEY erwähnt auch einen «Quality Control Check Sheet Patient Chart». Die darauf gestellten Fragen sind mit «Ja» oder «Nein» beantwortbar, weshalb quantitative Auswertungen möglich werden. Ein dazugehörender Leistungsstandard könnte eine Mindestzahl positiver oder eine Höchstzahl negativer Antworten festlegen. Auch hier handelt es sich um eine für die zweite Entwicklungsphase des Pflegedienstes charakteristische Fragestellung [101].

231.24 Die kombinierte Beurteilung mehrerer Aspekte der Pflegetätigkeit. Ein Beispiel für ein System von Leistungsstandards für mehrere Aspekte der Pflegetätigkeit und damit den Übergang zur Gesamtbeurteilung der Pflegequalität bilden die «Six Criteria for Evaluating Nursing Care» von LAMBERTSEN. Die einzelnen Standards sind in mehrere Unterstandards aufgeteilt [102]. Wir finden hier mehrere Elemente der dritten Entwicklungsphase des Pflegedienstes:

- Das Bemühen, die persönlichen Probleme des Patienten zu erkennen und ihm bei deren Lösung zu helfen.
- Das große Gewicht, welches der Information und Instruktion des Patienten beigemessen wird.
- Die möglichst aktive Rolle des Patienten.
- Die Bereitschaft, die Mutter an der Pflege des Kindes teilhaben zu lassen.

Bisher stellten wir zur Beurteilung der Pflegequalität jeweils zwei Fragen: (1) Welches ist der Umfang der zu erbringenden oder erbrachten Pflegeleistungen? (2) Wie gut sollen die Pflegeleistungen erbracht werden? Mit der zweiten Frage ist auch die Aufteilung der Arbeit unter die verschiedenen Kategorien des Pflegepersonals zu regeln. Im Rah-

---

[101] O'MALLEY, CLAIRE D., a. a. O., S. 2158: «(1) Is chart assembled in correct order? (2) Are orders properly transcribed? (...) (6) Is the fluid balance record complete?»

[102] LAMBERTSEN, ELEANOR, C., Evaluating the Quality of Nursing Care, Hosp. 39, 62, Nov. 1, 1965: «Standard II. The plan of nursing care is based upon scientific principles and is therapeutically effective. Substandard C: A therapeutic environment is fostered as an adjunct of therapy. Supporting evidence: The patient can take as much responsibility as he is able at any particular moment and can have complete care if he needs it. (...) The mother actively participates in the plan of care of the hospitalized child.»

men einer kombinierten Beurteilung mehrerer Aspekte der Pflegetätigkeit ist noch eine dritte Frage zu stellen: Wie sollen die Pflegeleistungen während des Tages, im Laufe einer Woche oder der Dauer des Spitalaufenthaltes verteilt werden? Dieser Aspekt sollte zwar bei einer auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten rücksichtnehmenden Pflege mitbeachtet werden, doch haben neueste Untersuchungsergebnisse gezeigt, wie unzweckmäßig der Tagesablauf des Patienten oft gestaltet wird. So berichtet die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz in ihrer Test-Erhebung über die Bedürfnisse des Patienten an Pflege über die Aspekte der Pflege, wie sie vom Patienten aus gesehen wird [103]: «Die Menge und die Art der direkten Pflege wurden durch fortlaufende Beobachtung der Patienten festgestellt. Da die Beobachtung auf den Patienten ausgerichtet war, gibt sie uns wertvolle Auskünfte über die Spitalpflege (...):

- die beträchtliche Anzahl Stunden, während der er an einem 12-Stunden-Tag allein gelassen wird und das Ausmaß, in dem diese Zeit durch kurze ‚Routinearbeiten' zerstückelt wird;
- den Vorrang, den die ‚Routine-Pflege' vor dem Patienten als Person mit seinen individuellen Problemen zu haben scheint;
- die Menge verschiedenen Personals, mit dem er während des Tages in Berührung kommt und die Schwierigkeiten, die er haben wird, sich mit ihm zu identifizieren, d. h. zu wissen, wer für ihn verantwortlich ist und an wen er sich wenden kann.»

231.3 Leistungsstandards zur Gesamtbeurteilung der Pflegetätigkeit

Leistungsstandards zur Gesamtbeurteilung der Pflegetätigkeit ermöglichen wie erwähnt ein Gesamturteil, ohne daß sich der Beurteilende in Einzelheiten zu verlieren brauchte [104]. Die dazu notwendige Einschränkung der Kriterien erlaubt eine Konzentrierung auf das Wesentliche. Was als wesentlich erachtet wird, hängt auch hier von den für eine Pflegeeinheit geltenden Zielen und Grundsätzen ab. Die nachstehend beschriebenen Standards lassen sich danach unterteilen, ob sie patienten- oder personalbezogen formuliert sind. Die personalbezogene Formulierung wird dann vorgezogen, wenn es schwierig oder unmöglich erscheint, patientenbezogene Leistungsstandards aufzustellen.

231.30 Checklists mit negativen Vorfällen, beurteilt durch Patienten und das Pflegepersonal. ABDELLAH und LEVINE ermittelten durch

[103] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege, Bern 1971, S. 52.

[104] Vgl. S. 54.

umfangreiche Erhebungen diejenigen Vorfälle, welche nach der Meinung der Patienten beziehungsweise des als Experte befragten Pflegepersonals als wesentlich für eine gute Pflege erschienen. Daraus bildeten sie je eine Checklist mit fünfzig negativen Vorfällen für die Patienten und das Pflegepersonal. Die einzelnen Vorfälle wurden durch zusätzliche Befragungen mittels einer 5-Punkt-Skala nach ihrer Bedeutung gewichtet und klassiert in «sehr wichtig» (5 Punkte, 3 Vorfälle), «wichtig» (4 Punkte, 12 Vorfälle), «Mittelgruppe» (3 Punkte, 20 Vorfälle), «weniger wichtig» (2 Punkte, 12 Vorfälle) und «unbedeutend» (1 Punkt, 3 Vorfälle), so daß die Gesamtpunktzahl zwischen null und hundertfünfzig variieren konnte[105, 106]. Null Punkte bedeuteten, daß keiner der aufgeführten negativen Vorfälle in der Beobachtungsperiode vorgefallen war. Von den Patienten wurden beispielsweise die folgenden Vorfälle als «sehr wichtig» bezeichnet[107]:

- Ich erhielt von der Krankenschwester keine Hilfe, als ich Schmerzen hatte.
- Die Krankenschwester reagierte während längerer Zeit auf meinen Klingelruf nicht.
- Ich hatte lange Zeit auf die Benützung der Toilette zu warten.

Das Pflegepersonal hingegen beurteilte beispielsweise die folgenden Vorfälle als wichtig[108]:

- Ein frischoperierter Patient oder ein Patient in einem kritischen Zustand wurde während längerer Zeit allein gelassen.
- Ein Patient erhielt die verordneten Medikamente nicht.
- Ein Patient mit einer ansteckenden Krankheit wurde von den andern Patienten nicht isoliert.

Diese Checklist negativer Vorfälle bildete in verschiedenen Untersuchungen die abhängige Variable. Als unabhängige Variable verwendeten die Autoren die Gesamtzahl der Pflegestunden, die Anzahl Pflegestunden, welche durch diplomierte Krankenschwestern geleistet wurden sowie die örtliche Lage und den Träger des Spitals. Aufgrund dieser Untersuchungen konnte beispielsweise festgestellt werden, daß in den beobachteten Spitälern die Gesamtzahl der Pflegestunden aller Personalkategorien die Zufriedenheit von Patienten und Pflegepersonal

[105] ABDELLAH, FAYE G., LEVINE, E., Developing a Measure of Patient and Personnel Satisfaction with Nursing Care, Nurs. Res. 5, 105, Feb. 1957.

[106] WHITING, J. FRANK, Q-Sort: A Technique for Evaluating Perceptions of Interpersonal Relationships, Nurs. Res. 4, 70–73, Oct. 1955.

[107] ABDELLAH, FAYE G., LEVINE, E., a. a. O., S. 105.

[108] ABDELLAH, FAYE G., LEVINE, a. a. O., S. 105.

nicht beeinflußte, daß sich hingegen eine hohe Zahl durch diplomierte Schwestern erbrachter Pflegestunden positiv auf die Zufriedenheit auswirkte. Diese Methode eignet sich auch gut zum Aufstellen von Leistungsstandards. Die Beschränkung auf fünfzig Fragen gewährleistet, daß nur das Wesentliche erhoben wird. Zudem können bei der Auswahl der einzelnen Vorfälle die für die betreffende Pflegeeinheit geltenden Ziele und Grundsätze berücksichtigt werden. Die Art der Fragestellung erlaubt nicht nur Rückschlüsse auf die einzelnen Pflegeleistungen (Standardisierung), sondern auch auf den Umfang der Bemühungen des Pflegepersonals, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen (individuelle Pflege als Hauptmerkmal der dritten Entwicklungsphase). Schließlich erleichtert die Möglichkeit quantitativer Auswertungen den Zeitvergleich und den Vergleich zwischen verschiedenen Pflegeeinheiten.

231.31 Beurteilung der Qualität repräsentativer Pflegeleistungen. Mit der Beurteilung der Qualität pflegerischer Leistungen durch außenstehende Experten ist stets die Gefahr verbunden, daß deren Konzepte und Werthaltungen den Beurteilten aufgedrängt werden. Dieser Gefahr entgingen SAFFORD und SCHLOTFELDT, indem sie vor der Beurteilung die Ärzte, das Pflegepersonal aller Berufsgruppen, die Verwaltungsdirektion und die Patienten nach denjenigen Faktoren befragten, die sie für eine gute Pflege als besonders wichtig erachteten. Die genannten Faktoren sollten durch Beispiele erläutert werden. Die Antworten ließen sich in die Gruppen «Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse der Patienten», «Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten», «Instruktion und Vorbereitung der Patienten auf die Zeit nach dem Spitalaustritt» sowie «administrative Arbeiten» gliedern. Jedes der genannten Beispiele wurde nach der Häufigkeit seines Auftretens mit einem bis fünf Punkten bewertet und einer dieser Gruppen zugeordnet. Mit diesem an den Zielen und Prinzipien der betroffenen Pflegeeinheit ausgerichteten Maßstab beurteilten die Experten anschließend die Pflegequalität. Sie untersuchten insbesondere, wie sich die Qualität pflegerischer Leistungen verändert, wenn einer Pflegegruppe unterschiedlich viele Patienten zugeteilt werden. Von Interesse war ferner, inwieweit Patienten und Pflegepersonal in ihrer Beurteilung übereinstimmten und ob sich Unterschiede zwischen dem Urteil der Patienten auf verschiedenen Abteilungen ergaben. Durch diese Untersuchungen konnte unter anderem festgestellt wer-

den, daß die Pflegequalität nach dem Urteil der Befragten abnahm, wenn einer bestimmten Gruppe statt dreizehn sechzehn oder neunzehn Patienten anvertraut waren. Allerdings differierten die Antworten je nach der Kategorie der Befragten und der Pflegeleistung[109, 110]. Auch dieses Verfahren kann zum Aufstellen von Leistungsstandards verwendet werden. Es hat die gleichen positiven Eigenschaften wie die eben erwähnte Methode von Abdellah und Levine. Eine größere Bedeutung kommt diesem Verfahren aber unseres Erachtens im Rahmen eines Entwicklungsprojektes für ein Spital zu, wenn zur Einleitung des Entwicklungsprozesses eine Situationsanalyse vorgenommen wird. Durch den Einbezug der Werthaltungen und Gewichtungen der Beurteilten ist eher Gewähr geboten, daß sich diese mit den Ergebnissen der Erhebung identifizieren und sich für die Durchführung der notwendig werdenden Veränderungen verantwortlich fühlen.

231.32 Befragung von Patienten. Die bisher erwähnten Verfahren zur Beurteilung der Qualität pflegerischer Leistungen sind durch das gemeinsame Merkmal gekennzeichnet, daß sie auf eindeutig identifizierbaren Verhaltensweisen und nicht auf generellen Urteilen über die Qualität dieser Verhaltensweisen basieren. Dieses Vorgehen ist auch bei der Befragung von Patienten angebracht. So konnten BLUMBERG und DREW[111] in verschiedenen Untersuchungen feststellen, daß Patienten dazu neigten, Mängel in der erhaltenen Pflege zu vergeben oder zu vergessen, vor allem, wenn sie kurz vor der Entlassung standen oder bereits entlassen waren. Daraus ließe sich die Forderung ableiten, daß die Patienten nicht darnach gefragt werden sollten, ob ihre Pflege gut oder schlecht gewesen sei. Von größerem Interesse für die möglichst objektive Ermittlung der Qualität pflegerischer Leistungen wäre die Beschrei-

---

[109] SAFFORD, BEVERLY J., SCHLOTFELDT, ROZELLA M., Nursing Service Staffing and Quality of Nursing Care, Nurs. Res. 9, 154, Summer 1960, «The responses from all personnel revealed assessment of decreased quality of nursing care as assignments increased. Patients, however, showed little change in their evaluation of quality of nursing care under the three staffing patterns. Whereas patients' responses indicated *overall* quality of patient care to increase very slightly under conditions of increased assignments to nursing teams, they evaluated the quality of *physical care* to be markedly decreased when 19 patients were assigned to each team.»

[110] Zur statistischen Analyse der erzielten Ergebnisse vgl. SAFFORD, BEVERLY J., SCHLOTFELDT, ROZELLA M., a. a. O., S. 152 ff.

[111] BLUMBERG, M. S., DREW J. A., Methods for Assessing Nursing Care Quality, Hosp. 37, 72, Nov. 1, 1963.

bung der Patienten, was bei und mit ihnen geschah. Der Befrager könnte als unabhängiger Experte die geschilderten Verhaltensweisen im Lichte der allgemeinen Situation und der angestrebten Ziele anschließend zu beurteilen versuchen. Ganz wird man aber trotz aller Einwände nie auf Patientenbefragungen verzichten, welche auf allgemeinen Urteilen beruhen. Das Urteil des Patienten über die erhaltene Pflege und Behandlung, ganz unabhängig davon, ob es sachlich berechtigt ist oder nicht, beeinflußt den Ruf eines Spitals und damit je nach dessen Rechtsform auch sein wirtschaftliches Gleichgewicht, allfällige Zuschüsse der öffentlichen Hand oder bei öffentlichen Spitälern die Entscheide über beantragte Kreditgesuche. Die Befragung der Patienten während des Spitalaufenthalts oder anläßlich des Austritts kann hier mithelfen, Mißverständnisse aufzuklären und nötigenfalls auch die Zielsetzungen der einzelnen Pflegeeinheiten besser den Bedürfnissen der Patienten anzupassen[112]. Die Befragungsergebnisse können ferner zur Formulierung von Leistungsstandards verwendet werden, vor allem dann, wenn die gestellten Fragen eindeutige Rückschlüsse auf bestimmte Pflegeleistungen erlauben. Leistungsstandards ließen sich auf diese Weise in Prozentsätzen positiver Antworten der Patienten ausdrücken, die zu erreichen wären[113].

Die Befragung von Patienten kann sich auf alle interessierenden Bereiche erstrecken, dabei lassen sich verschiedene Gruppen unterscheiden[114]:

Aufnahme ins Spital, Empfang des Patienten. Hier ist überprüfbar, von wem der Patient die ersten, für ihn besonders wichtigen Informationen über das Spital und seine neue Lebensweise erhält und wie der Empfang auf ihn wirkt. *Komfort.* Neben dem Urteil des Patienten, ob er sich behaglich gefühlt hat, ist von besonderer Bedeutung, wer ihn dabei unterstützte oder behinderte, ob er genügend schlafen und ausruhen konnte, welche Lärmquellen ihn dabei allenfalls störten. *Pflege und Behandlung.* In diesem Zusammenhang kann der Patient gebeten

---

[112] EWELL, C. M., What Patients Really Think About Their Nursing Care, Mod. Hosp. *109*, 106, Dec. 1967.

[113] Vgl. dazu beispielsweise die von Cuddy gestellten Fragen. CUDDY, C. VICKI, Patient Questionnaire Program Improves Hospital Morale, Hosp. *42*, 41, Dec. 1, 1968.

[114] Vgl. dazu auch *American Hospital Association,* We Wish We Could X-Ray Your Opinion About Your Hospital Experience in ..., Chicago o. J. *dieselben,* How About Your Food? Chicago 1954.

werden, neben einem allgemeinen Urteil über die Qualität der Pflege und Behandlung einzelne Vorfälle, die ihm besonders charakteristisch erscheinen, eingehender zu schildern, damit sie auch von außenstehenden Experten beurteilt werden können. *Besondere Probleme und Schwierigkeiten.* Auch hier ist nicht nur die Tatsache von Interesse, ob der Patient Schwierigkeiten nicht selber lösen konnte, sondern auch, an wen er sich wandte und wer ihm schließlich half. *Information und Instruktion.* Zu diesem Problemkreis kann einmal gefragt werden, ob bestimmte Informationen erhältlich waren, beispielsweise über Untersuchungen und Behandlungen, die für den Patienten verantwortliche Schwester oder über geplante weitere pflegerische Maßnahmen. Ferner ist ermittelbar, wer dem Patienten diese Information gegeben hat und inwieweit dies mit den Zielen und Arbeitsprinzipien der Pflegeeinheit übereinstimmt. *Wünsche und Anregungen.* Eine besondere Rubrik sollte den Wünschen und Anregungen des Patienten gewidmet werden, in welcher er auch seine Verbesserungsvorschläge anbringen kann.

Auf die Möglichkeit der Befragung von Angehörigen und anderen Besuchern der Patienten weisen Blumberg und Drew hin [115].

Die Befragung von Patienten und damit ihr Einbezug in die Beurteilung der Qualität pflegerischer Leistungen erscheint aber auch von einem weiteren Gesichtspunkt aus als wünschenswert. Dieses Vorgehen bildet einen ersten Schritt in der angestrebten Entwicklungsrichtung, nach der die Befriedigung der Patientenbedürfnisse als gleichwertiges Ziel neben der Einhaltung des wirtschaftlichen Prinzips und der Befriedigung der Bedürfnisse des Pflegepersonals gleichzeitig mit diesen angestrebt wird. Die Rolle des Patienten wird durch den Einbezug seiner Ansichten in den Willensbildungsprozeß auf der Pflegeeinheit wieder aktiver, sie entspricht so eher wieder der eines erwachsenen Menschen, der vorübergehend einen Teil seiner Unabhängigkeit verloren hat [116]. Die Möglichkeit zum Einbezug des Patienten ergibt sich im

[115] BLUMBERG, M. S., DREW, J. A., a. a. O., S. 74: «Very little systematic attention is given to the patient's visitor as a source of information on quality care, although they are the most frequent source of complaints in some hospitals. Probably the visitor is not as astute an observer as the patient. The visitor may be more aware than the patient, but he may equally distraught. Visitors are usually absent from the room when many significant nursing procedures are accomplished on the patient.»

[116] Über weitergehende Maßnahmen zum Einbezug der Patienten in den Willensbildungsprozeß vgl. POLETTI, ROSETTE, Une communauté thérapeutique, Zeitschrift für Krankenpflege 64, 436, Dez. 1971.

Krankenhaus beispielsweise im Rahmen eines Entwicklungsprozesses, wenn die Steuergruppe zur Prozeßauslösung mit der Analyse der Situation und dem Festlegen von praktischen Zielen beginnt. Der dazu aufgenommene Istzustand sollte nicht nur die Sicht der beteiligten Personen aller Berufskategorien, sondern auch die der Patienten wiedergeben [117].

231.33 Fähigkeitsprofile für das Pflegepersonal. Eine wichtige Information für die Planung eines Entwicklungsprozesses bilden die Angaben über die Fähigkeiten des beteiligten Personals und dessen Entwicklungspotential. Dadurch wird nicht nur der Bereich möglicher Änderungen bestimmt, sondern auch das Entwicklungstempo und das Ausmaß der zusätzlich notwendigen Ausbildungstätigkeit. Die von GORHAM beschriebenen Fähigkeitsprofile für das Pflegepersonal leisten hier eine wichtige Hilfe. Sie sind nach unserer Klassifikation unter die personalbezogen formulierten Leistungsstandards einzureihen [118]. Gorham gliederte die pflegerischen Aktivitäten in fünf Bereiche und unterschied insgesamt dreihundertzwanzig Verhaltensweisen, für die er zwei Indices ermittelte: Ein erster Index sagte aus, welche Bedeutung einem bestimmten Verhalten für eine gute Pflegequalität zukomme, der zweite gab an, welche Stellung eine beobachtete Verhaltensweise zwischen der Leistung der besten und der schwächsten der beobachteten Krankenschwestern einnahm [119]. Die so ermittelten Fähigkeitsprofile zeigten die starken und schwachen Seiten in der Leistung jeder der beurteilten Personen an. Dabei wurden deren Leistungen in einem bestimmten Bereich lediglich mit ihren eigenen Leistungen in den anderen Bereichen verglichen. Für jeden Bereich hatte der Beobachter zwischen zwei vorgegebenen Antworten zu wählen, die entweder sehr gut oder sehr wenig für die Leistung der beurteilten Person charakteristisch waren [120].

---

[117] Vgl. S. 106.

[118] Vgl. S. 44.

[119] GORHAM, WILLIAM A., Methods for Measuring Staff Nursing Performance, Nurs. Res. *12*, 4, Winter 1963: «*Area III. Contributing to Medical Treatment of Patient.* (a) Carrying out medical orders. (b) Initiating medical procedures. (c) Reporting on patient's condition. (d) Using and checking operation of apparatus. *Area IV. Arranging Management Details.* (a) Scheduling patient's treatments. (b) Directing the work of non-professional personnel. (c) Maintaining general supplies. (d) Referring patient to non-medical sources. (e) Supervising visitors.»

[120] *ebda.* S. 5: Ausschnitt aus einem Pflegebereich: «(a) Makes medications more palatable to patients. (b) Talks to patients in friendly manner. (c) Relays patients' needs to social workers. (d) Instructs patients in post-hospital care. (e) Encourages exercices for rehabilitation.»

231.34 Die Methode der kritischen Vorfälle. Ein ähnliches Verfahren zur Beurteilung der Fähigkeiten des Pflegepersonals bildet die Methode der kritischen Vorfälle, die von FLANAGAN [121] ursprünglich zur Beurteilung der Leistungen von Schwesternschülerinnen geschaffen wurde. Sie beruht auf dem Sammeln und Ordnen von Beispielen beobachteter Verhaltensweisen. Ein kritischer Vorfall ist eine Verhaltensweise, deren Konsequenzen eindeutig als positiv oder negativ erkannt werden können. Welche Handlungen als positiv oder negativ beurteilt werden, hängt dabei von den Zielen und Prinzipien der Beurteilenden ab, bei Schülerinnen insbesondere auch von den zu erreichenden Praktikumszielen [122]. Somit ergibt sich die Möglichkeit, auf die Wertsysteme der Pflegeeinheit und der beteiligten Schwesternschule Rücksicht zu nehmen. Auch hier lassen sich verschiedene Kategorien von Verhaltensweisen unterscheiden [123]. Für jede Schülerin wird ein Beobachtungsformular verwendet, auf dem laufend die als wesentlich erachteten Verhaltensweisen vermerkt werden. Zwei Beispiele sollen zeigen, wie in konkreten Situationen kritische Vorfälle erfaßt werden [124].

«*Positiver kritischer Vorfall.* In einer nahen Fabrik ereignete sich eine Explosion und die Notfallstation des Spitals wurde benachrichtigt, daß sechs Verletzte eingeliefert würden. Fräulein A, die als Lernschwester der Notfallstation zugeteilt worden war, bereitete alles Nötige vor, obwohl sie nicht wissen konnte, um was für eine Art von Explosion es sich handelte. Sie kontrollierte auch die Vorräte im Medikamentenschrank und benachrichtigte sofort die diensttuende Oberschwester.

Negativer kritischer Vorfall. Fräulein M, eine Schülerin im zweiten Lehrjahr, teilte der Oberschwester mit, daß ein zweijähriges Kind, für das sie verantwortlich war, an hohem Fieber leide. Beim Nachsehen wurde festgestellt, daß die Schülerin nach dem Fiebermessen vergessen hatte, das Seitengitter des Kinderbettes wieder hochzuklappen.» Damit verletzte sie einen wichtigen Grundsatz des untersten noch zu verant-

---

[121] FLANAGAN, J. C., GOSNELL, DORIS, FIVARS, GRACE, Evaluating Student Performance, Amer. J. Nurs. 63, 63, Nov. 1963.

[122] QUENZER RUTH, Methode der kritischen Vorfälle, Zeitschrift für Krankenpflege 62, 35–37, Jan. 1969.

[123] FIVARS, GRACE, GOSNELL, DORIS, SCHMID, FRED W., Ein neues Verfahren zur Beurteilung der Leistungen von Schwesternschülerinnen, Zeitschrift für Krankenpflege 60, 155–158, April 1967.

[124] FIVARS, GRACE, GOSNELL, DORIS, SCHMID, FRED W., a. a. O., S. 156.

wortenden Pflegeniveaus (sichere Pflege), nach dem die Patienten durch die Spitalpflege nicht gefährdet oder gar geschädigt werden sollen.

Im Anschluß an eine Beobachtungsphase wird die Schulschwester zusammen mit der Schülerin die Arbeit besprechen und nach Verbesserungsmöglichkeiten suchen.

Diesem Verfahren kommt auch bei der Einleitung eines Entwicklungsprozesses eine Bedeutung zu. Die Entwicklungshelferin [125] arbeitet als überzähliges Mitglied einige Tage in der Arbeitsgruppe mit und kann dabei deren Mitglieder bei der Selbstauswertung der Arbeit helfen. Auch sie wird ihre Beobachtungen vorteilhafterweise nach einem gewissen Schema ordnen, können sie und die Gruppenmitglieder auf diese Weise doch eher die im Laufe der Zeit gemachten Fortschritte erkennen. Die gesammelten Beurteilungsblätter geben auch wertvolle Anhaltspunkte über die aufgetauchten Schwierigkeiten, auf die bei späteren Entwicklungsprozessen zurückgegriffen werden kann.

231.4 Die Beurteilung des Pflegeerfolges

231.40 Vorbemerkung. Standards zur Beurteilung des Pflegeerfolgs (Output) bilden die zweite Hauptkategorie von Leistungsstandards. Da lediglich Teilerfolge sicher auf bestimmte Leistungen zurückgeführt werden können, kommt den erfolgsbezogenen Standards bei der Festlegung der angestrebten Pflegequalität weniger Bedeutung zu. Sie bilden aber eine wichtige Kontrollmöglichkeit bei der Beurteilung bereits erbrachter Pflegeleistungen und liefern dem Pflegepersonal wertvolle Anhaltspunkte für seine weitere Tätigkeit.

231.41 Feststellung von Fortschritten in der Genesung der Patienten. Wenn es auch nicht möglich ist, den Pflegeerfolg als Ganzes bestimmten Pflegeleistungen zuzuschreiben, so können doch wenigstens die Fortschritte in der Genesung der Patienten mittels eines geeigneten Systems von Meßpunkten beobachtet werden. AYDELOTTE berichtet über die Entwicklung eines Meßverfahrens, welches erlauben sollte, für alle wesentlichen Aspekte der Pflege physiologische und verhaltensmäßige Veränderungen im Zustand des Patienten festzustellen. Dabei richtete sie an die einzelnen Maßstäbe eine Reihe von Anforderungen [126]. Für ihre Untersuchungen verwendete sie schließlich drei Gruppen von Kriterien:

---

[125] Vgl. S. 102 ff.

[126] AYDELOTTE, MYRTLE K., The Use of Patient Welfare as a Criterion Meas-

Klinische Maßstäbe: Dauer des Spitalaufenthaltes, Anzahl Tage, an denen der Patient Fieber hat, Anzahl der postoperativen Tage, Menge der verabreichten Betäubungs-, Schlaf- und Schmerzmittel.

Verschiedene Beobachtungen: Psychischer Zustand des Patienten, Grad der Unabhängigkeit, Mobilität, Hautzustand, Beurteilung der Pflegequalität durch den Patienten, Beurteilung des Zustandes des Patienten durch den Arzt.

Aktivität des Patienten: Prozentsatz der Zeit, welche der Patient im Bett, im Lehnstuhl, außerhalb des Krankenzimmers verbringt. Prozentsatz der Zeit, welche der Patient der Unterhaltung mit anderen Personen und Freizeitbeschäftigungen widmet.

Aufgrund ihrer Studien kam Aydelotte zur Schlußfolgerung, daß dieses Meßverfahren den gestellten Anforderungen entsprach. Es zeigte nicht nur Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten genügend genau an, sondern ließ auch deren Fortschritte in der Genesung zum Vorschein treten.

Eines ähnlichen Merkmalkatalogs bedienen sich auch die Autoren von Untersuchungen, welche die Bedürfnisse der Patienten an Pflege bestimmen wollen. So ermittelte die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz in ihrer «Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege» die folgenden Angaben [127]:

«1. *Befinden des Patienten. Beweglichkeit:* mit Hilfe, Fauteuil mit Hilfe, bettlägerig. *Waschen, Baden:* mit Hilfe, ganz unselbständig. *Ausscheidung:* mit Hilfe, inkontinent. *Ernährung:* mit Hilfe, ganz unselbständig. *Aufstehen:* mehr als 2, weniger als 4 Stunden, weniger als zwei Stunden pro Tag. *Psychischer Zustand:* überängstlich, verwirrt, bewußtlos. *Ständige spezielle Überwachung. Sehbehindert, schwerhörig.*

2. *Bedarf an Pflege.* Temperatur, Puls, Atmung, Blutdruck, Drainagen und Sonden, Sauerstofftherapie, intravenöse Behandlung, häufiger Lagewechsel. Verbände, Flüssigkeitsbilanz.»

---

ure, Nurse. Res. *11*, 11, Winter 1962: «Each characteristic selected was developed into a formal measure according to the following criteria: (1) Sensitive – The measure should differentiate between patients and show changes in the condition of an individual patient when changes occur. (2) Reliable – The measure should provide data that are consistent and accurate. (3) Simple and easy to use – The measure should make minimum demands on the time of the person doing the rating. (4) Statistically usable – The measure must yield numerical ratings which can be treated statistically. (5) Applicable – The measure should be applicable to patients on all the different clinical services within the hospital.»

[127] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege, Bern 1971, S. 148.

Aufgrund dieser Merkmale können die Patienten in drei Abhängigkeitskategorien eingeteilt werden. Einer ersten Kategorie werden alle diejenigen Patienten zugeordnet, welche keiner Hilfe für Beweglichkeit, Waschen, Baden, Ausscheidung und Ernährung bedürfen und sich frei bewegen oder im Lehnstuhl sitzen können. In der zweiten Kategorie befinden sich alle Patienten, die in den andern beiden nicht erwähnt werden. Die dritte Kategorie umfaßt bewußtlose Patienten und solche, die einer dauernden Überwachung bedürfen oder über siebzig Jahre alt, verwirrt, seh-, beziehungsweise gehörbehindert sind[128]. Die eigentliche Untersuchungsmethode besteht aus dem täglichen Klassifizieren der Patienten nach ihrem Abhängigkeitsgrad an Pflege, aus dem Abschätzen der von den Patienten jeder Kategorie geforderten direkten Pflege und dem Bestimmen der notwendigen indirekten Pflegeleistungen[129]. Mittels dieses Verfahrens sollen auch Grundlagen für die Berechnung der für die direkte und indirekte Pflege benötigten Stunden des Pflegepersonals und damit Normen für die Personaldotierung der Pflegeeinheiten gewonnen werden[130]. Schließlich sind mit Hilfe dieser Verfahren auch Leistungsstandards formulierbar. So könnten beispielsweise für eine Mehrzahl von Patienten mit gleichen oder ähnlichen Diagnosen Durchschnitte für die einzelnen erhobenen Werte ermittelt und als Standard vorgegeben werden. Allerdings wirken so viele unkontrollierbare Situationsvariablen, daß bezogen auf den einzelnen Patienten kaum Aussagen möglich sein dürften. Von größerer Bedeutung ist dieses Verfahren für das Pflegepersonal, welches sich in seiner Arbeit so weitgehend wie möglich von den individuellen Bedürfnissen der Patienten leiten lassen möchte.

231.42 *Generelle Erfolgsmaßstäbe für Spitäler.* Auch generelle Erfolgsmaßstäbe für Spitäler haben, wie wir bereits darlegten, den Nachteil, daß sie keine oder nur unsichere Rückschlüsse auf bestimmte Leistungen der im Spital Tätigen oder auf dessen Einrichtungen erlauben. Deshalb sind sie in erster Linie für den zwischenbetrieblichen oder den Zeitvergleich geeignet. Als generelle Kriterien kämen beispielsweise die Todesfallrate, Sekundärinfektionen oder Unfälle während des Spitalaufenthaltes, Schädigungen durch nicht sachgemäße Abgabe von Medikamenten, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer oder Rückfall-

[128] *ebda,* S. 149.
[129] *ebda,* S. 5.
[130] Vgl. dazu S. 79 ff.

quoten in Frage. Anhand eines Beispiels sollen die bei der Verwendung genereller Erfolgsmaßstäbe anfallenden Probleme kurz dargelegt werden. ROEMER, MUSTAFA und HOPKINS [131] wählten als Kriterium die Todesfallrate, die den Anteil derjenigen Patienten an allen in einer bestimmten Periode Hospitalisierten darstellt, die im Spital sterben. Wie die Autoren festhalten, kann die Todesfallrate nur dann als Maßstab für die Beurteilung der Qualität von Pflege und Behandlung verwendet werden, falls es gelingt, die Einflüsse auszuschalten, die vom Schweregrad der Krankheit der in ein bestimmtes Spital eingelieferten Patienten bestimmt werden. Um den Einfluß des Schweregrades von Krankheiten zu neutralisieren, muß vorerst untersucht werden, wodurch er beeinflußt wird. Dabei lassen sich vier Faktoren unterscheiden: das Alter der Verstorbenen, weil bekannt ist, daß das Todesfallrisiko bei einer Erkrankung mit zunehmendem Alter steigt, der Status der Verstorbenen, weil es sich in den Vereinigten Staaten von Amerika, worauf sich diese Untersuchungen stützen, gezeigt hat, daß ein niedriger sozioökonomischer Status meist mit einem schlechten Gesundheitszustand verbunden ist; die Diagnose der Verstorbenen und schließlich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller in das betreffende Spital Eingelieferten, da es der Tatsache Rechnung zu tragen gilt, daß die technisch und personell gut ausgerüsteten Spitalzentren eher Schwerkranke anziehen. Todesfälle als Folge von Krebserkrankungen und Verkehrsunfällen mußten aus verschiedenen Gründen aus den beschriebenen Untersuchungen ausgeklammert werden. In der Folge stellten die Autoren die Hypothese auf, daß die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten die anderen drei Faktoren repräsentiere. Diese Hypothese konnte in den folgenden Untersuchungen nicht widerlegt werden [132]. Grundsätzlich ist es auch möglich, generelle Input-Output-Relationen zu messen, bei welchen eine Mehrzahl von unabhängigen Variablen gleichzeitig variiert wird. Mittels multipler Regressionsanalysen kann

---

[131] ROEMER, MILTON I., MUSTAFA, A. TAHER, HOPKINS, CARL E., Hospital Death Rates as a Quality Index, Hosp. *42*, 43–46, 114, Nov. 1, 1968.

[132] ROEMER, MILTON I., MUSTAFA, A. TAHER, HOPKINS, CARL E., a. a. O., S. 44: «The U. S. National Health Survey shows that average length of stay rises steadily with age and that patients of low socioeconomic status tend to have longer average durations of hospital stay. Furthermore, patients with more serious disorders, regardless of age or income level, obviously have a longer average stay in the hospital than patients with milder conditions; indeed, the gravity of a case might almost be defined by the relative length of hospital stay.»

versucht werden, Zusammenhänge zwischen bestimmten Maßnahmen und der Gesamtkonsequenz festzustellen. So untersuchten beispielsweise Roemer, Mustafa und Hopkins mögliche Korrelationen zwischen der Todesfallrate einzelner Krankenhäuser, dem Schweregrad der Krankheiten eingelieferter Patienten und der technischen Ausstattung des Krankenhauses [133].

3 DIE WIRTSCHAFTLICHKEIT DES PERSONALEINSATZES

30 *Vorbemerkung*

Der Einhaltung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit als ökonomischem Ausdruck des Rationalprinzips [134] kommt heute aus verschiedenen Gründen eine ganz besondere Bedeutung zu: (1) Die stark steigenden Kosten des Spitalaufenthaltes führen zu einer kaum noch tragbaren Belastung der öffentlichen Hand, der Krankenversicherungen und der Patienten. Unwirtschaftlichkeiten im Personaleinsatz wirken sich in den Spitälern besonders schwerwiegend aus, deren Personalkosten annähernd zwei Drittel der Gesamtkosten betragen. (2) Ein nicht ausbildungs- und fähigkeitsgerechter, und damit unwirtschaftlicher Personaleinsatz hat eine Verschwendung der ohnehin knappen Arbeitskräfte zur Folge und bewirkt, (3) daß das unzweckmäßig eingesetzte Pflegepersonal wenig Befriedigung bei der Arbeit findet. HARRIS [135] schreibt aufgrund seiner Erfahrungen in amerikanischen Spitälern, die Frage, die man sich zu stellen habe, laute nicht «Wo können wir zusätzliche Krankenschwestern finden?», sondern «Wie können wir die Produktivität der vorhandenen Krankenschwestern steigern, um dem da und dort bestehenden Personalmangel zu begegnen?» Wenn diese Formulierung auch etwas überspitzt anmutet, so trifft sie – die Ergebnisse der Erhebung über den Ein-

---

[133] *ebda*, S. 45: «Through this analysis it was found that the crude death rate in the series of hospitals had its highest correlation with the simple average length of stay; the hospitals with greater average lengths of stay had, in general, a higher crude death rate, which was an important clue for developing a statistical adjustment of the hospital death rate for the severity mix of patients coming to each hospital.»

[134] Vgl. S. 11.

[135] HARRIS, DAVID H., Staffing Requirements, Hosp. *44*, 70, April 16, 1970.

satz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen[136] und weitere Studien belegen es – doch grundsätzlich auch für die westeuropäischen Verhältnisse zu.

Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit läßt sich in zwei Ausgestaltungsformen darstellen, einmal als Sparprinzip (mit geringstmöglichen Mitteln einen bestimmten Erfolg erzielen), zum andern als Maximalprinzip (mit bestimmten Mitteln einen größtmöglichen Erfolg erzielen). Die von Kosiol als Merkmal wirtschaftlichen Handelns erwähnte Konfliktsituation[137] besteht auch im Pflegedienst: Die zur Verfügung stehenden Mittel sind relativ knapp. «Das Relative in der Knappheit geht von gleichartigen Mitteln aus, die grundsätzlich mehreren Zwecken dienen können (Mittelhomogenität der Zwecke). Zugleich konkurrieren unterschiedliche Mittel hinsichtlich des Einsatzes zur Erreichung eines Zweckes (Zweckhomogenität der Mittel). (...) Die Zweckhomogenität der Mittel bildet die sachliche Voraussetzung für eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Mitteln.» Für unsere Problemstellung stehen die sich aus der Zweckhomogenität der Mittel ergebenden Wahlmöglichkeiten im Vordergrund des Interesses. Als *erstes* ist dabei zu entscheiden, welche Aufgaben vom Pflegedienst zu lösen sind und welche von Angehörigen anderer Berufsgruppen übernommen werden (hauswirtschaftliche Arbeiten vom Hausdienst, Sekretariatsarbeiten von der Abteilungssekretärin, Transporte durch den Transportdienst). Eine *zweite Gruppe von Entscheiden* bezieht sich auf die Wahl zwischen zentralisierten und dezentralisierten Lösungen. So kann beispielsweise der Hausdienst abteilungs- oder stockwerkweise unter der Aufsicht eines Etagenwartes organisiert werden oder Reinigungsequipen anvertraut sein, deren Einsatz von einer Zentrale aus geleitet wird und die planmäßig von Abteilung zu Abteilung gehen. Ein *dritter Problemkreis* bezieht sich auf den Einsatz baulicher und maschineller Hilfsmittel. Bei innerbetrieblichen Transporten besteht beispielsweise die Wahl zwischen dem Einsatz von Boten oder dem Bau von automatischen Paternosterverbindungen und Rohrpostanlagen.

Es ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, auf die mit den erwähnten drei Problemkreisen verbundenen Fragen näher einzu-

---

[136] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, Bern 1969.

[137] KOSIOL, ERICH, Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Rowohlts Deutsche Enzyklopädie, Bd. 256/257, Hamburg 1966, S. 12.

treten [138]. Immerhin zeichnen sich drei Entwicklungstendenzen deutlich ab:

- die Entlastung des Pflegepersonals von nichtpflegerischen Arbeiten
- die Inbetriebnahme zentraler Versorgungseinrichtungen (Bettenzentrale, Zentralsterilisation usw.)
- der Ersatz menschlicher Arbeitskraft durch den Einsatz von Maschinen (Elektromobil für den Bettentransport) und vorfabrizierten Materialien (Einwegspritzen).

Häufig sind alle drei Änderungstypen miteinander verbunden (Portionierung von Mahlzeiten am Fließband in der Küche, das sogenannte Tablettsystem).

Dagegen haben wir als *vierten Problembereich* die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes näher zu untersuchen. Wir gehen dabei von einer gegebenen Abgrenzung des Tätigkeitsgebietes des Pflegepersonals gegenüber anderen Berufsgruppen, gegebener baulicher, apparativer und sonstiger sachlicher Hilfsmittel aus. Der einleitend aufgestellten Forderung nach einer Operationalisierung der verwendeten Ziele entsprechend, unterscheiden wir im nächsten Abschnitt drei Aspekte des wirtschaftlichen Prinzips und stellen Meßverfahren zu deren Beurteilung dar.

31 Drei Aspekte der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes; Meßverfahren zu deren Beurteilung

Ein *erster Aspekt* der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes läßt sich entsprechend dem Sparprinzip als Forderung formulieren, eine bestimmte Pflegeleistung sei mit geringstmöglichem zeitlichen Aufwand zu erreichen. Wir erklären damit das Wirtschaftlichkeitsstreben mengenmäßig durch die Arbeitsproduktivität als «Verhältnis zwischen Faktorertragsmengen (mengenmäßige Leistung) und Faktoreinsatzmengen» [139]. So könnte in einer Pflegeeinheit die Norm gelten, daß das Pflegepersonal für die abendliche Körperpflege eines nicht bettlägerigen

---

[138] Vgl. dazu JUPITER, ROBERT, Patient Transport Service Saves Valuable Nursing Hours, Hosp. *42*, 53–57, March 16, 1968, und KROEBER, DOROTHEA, Erleichterung der Stationsarbeit durch zentrale Einrichtungen, Deutsche Schwesternzeitung *12*, 452–453, Dez. 1959.

[139] HEINEN, EDMUND, Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968, S. 112.

Patienten durchschnittlich vier Minuten aufzuwenden habe[140]. Bereits anhand dieses kleinen Beispiels erkennen wir aber auch die Schwierigkeiten, welche sich bei der Festlegung der zu erstrebenden Pflegeleistung und der Messung des dafür eingesetzten Arbeitsaufwandes ergeben: Was als «geringstmöglicher zeitlicher Aufwand» erachtet wird, hängt in ganz wesentlichem Maße vom Gesundheitsbegriff der Beteiligten, den Zielen einzelner Kliniken und Pflegeeinheiten sowie der angestrebten Pflegequalität ab.

Wie wir dargestellt haben, werden im Pflegedienst gleichzeitig verschiedene Kategorien von Pflegepersonal eingesetzt, die sich teilweise gegenseitig ersetzen können. Demzufolge haben wir als *zweiten Aspekt* der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes die Forderung aufzustellen, alle Angehörigen des Pflegepersonals seien entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrer Ausbildung einzusetzen. Diese Forderung läßt sich einerseits aus dem Maximalprinzip ableiten (mit dem gegebenen personellen Potential eine möglichst hohe Pflegeleistung erzielen), andererseits ergibt sie sich aus dem Sparprinzip, nach dem es nicht zulässig wäre, hochqualifiziertes Personal bei Arbeiten einzusetzen, für welche es keiner oder nur geringer Ausbildung bedarf. Schließlich wird sich eine Erfüllung dieser Forderung auch günstig auf die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals auswirken. Zur Lösung dieses Zuordnungsproblems betrachten wir die Pflegeeinheit als System, in welchem eine bestimmte Anzahl pflegerischer Leistungen von Personal mit verschiedenen Fähigkeiten und verschiedener Ausbildung zu erbringen ist[141]. Als erstes haben wir den Umfang und die Art der Leistungen zu ermitteln. Bis anhin ging man zu diesem Zwecke von der Bettenzahl oder von der Zahl durchschnittlich belegter Betten aus und versuchte, überbetrieblich geltende Schlüsselzahlen für die Arbeitslast und den Personalbedarf abzuleiten[142]. Dieses Verfahren ist aber sehr ungenau: Einmal wegen der großen Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegeeinheiten; der Umfang der erbrachten Leistungen und die

---

[140] HANSEN, KARL E., How to Measure Nursing Care Time, Mod. Hosp. *100*, 94, April 1963.

[141] Vgl. dazu WOLFE, HARVEY, YOUNG, JOHN P., Staffing the Nursing Unit, Part. II, The Multiple Assignment Technique, Nurs. Res. *14*, 299, Fall 1965.

[142] Vgl. dazu *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenanstalten mit Pflegekräften, Deutsche Schwesternzeitung *22*, 652, Dez. 1969.

Art und Weise des Vorgehens werden wie der «geringstmögliche zeitliche Aufwand für einzelne Pflegeleistungen»[143] von verschiedenen Faktoren beeinflußt. Wie die für den Pflegedienst geltenden Grundsätze den für die direkte Pflege notwendigen Zeitbedarf mitbestimmen, zeigt ein von Mc Donell, Brown und Johannson[144] erwähntes Beispiel: Die Prinzipien des Pflegedienstes einer Klinik können unter anderem vorschreiben, alle Dauerkatheter seien während jeder Arbeitsschicht einmal zu spülen, während in einer anderen Klinik überhaupt keine Routinespülungen vorgesehen sind. Weitere Ungenauigkeiten der auf der Bettenzahl basierenden Verfahren ergeben sich durch die Schwankungen in den Pflegebedürfnissen der Patienten. Genauere Aufschlüsse über den Umfang der zu erbringenden Pflegeleistungen ergeben sich nur durch die Ermittlung des Pflegebedarfs der einzelnen Patienten. Dieser läßt sich mit Hilfe eines Merkmalkatalogs erfassen, welcher Aussagen über den Grad der Abhängigkeit des Patienten vom Pflegepersonal ermöglicht. Wir haben einen solchen Merkmalskatalog bereits in einem anderen Zusammenhang beschrieben[145]. Diesem Vorgehen liegt die Hypothese zugrunde, es bestehe ein Zusammenhang zwischen dem Abhängigkeitsgrad des Patienten und der Menge an direkter Pflege[146], der er bedarf. Dabei ist einzugestehen, daß dieser Bedarf zu einem großen Teil aus der Sicht des Pflegepersonals beurteilt wird. Die Patienten besitzen aber die Möglichkeit, zusätzliche Bedürfnisse geltend zu machen oder darauf hinzuweisen, daß sie einzelne Bedürfnisse selber befriedigen können. Neben der direkten Pflege sind weitere Aufgabengebiete zu berücksichtigen: die indirekte Pflege (zum Beispiel Vorbereitungsarbeiten); personalbezogene Tätigkeiten, welche dessen Entwicklung und Weiterbildung zur Folge haben; Aufgaben, die mit der Verwaltung der Pflegeeinheit und der Instandhaltung von Einrichtungsgegenständen und Pflegematerialien in Zusammenhang stehen; schließlich die persönlichen Verrichtungen des Pflegepersonals. Der dafür einzusetzende Zeitbedarf hängt weniger vom Abhängigkeitsgrad der Patienten als vielmehr von Bau und Einrichtung der Pflegeeinheit, vom Vorhandensein zentralisierter Versorgungseinrichtungen

---

[143] Vgl. S. 79.

[144] Mac Donell, Brown J., Johannson, B., Timing Studies of Nursing Care in Relation to Categories of Hospital Patients, Winnipeg o. J.

[145] Vgl. S. 74.

[146] Vgl. S. 41.

und von der Einstellung des Pflegepersonals zur Arbeit ab; er bleibt über längere Zeit konstant [147].

Für jede Patientenkategorie [148] ist eine Punktzahl errechenbar, welche den unterschiedlichen Bedarf an Pflege ausdrückt. Sie bildet die Grundlage für die Berechnung der anfallenden Arbeitslast und gibt deren Schwankungen wesentlich zuverlässiger wieder als die Anzahl vorhandener oder durchschnittlich belegter Betten. Diese Punktzahl läßt sich aufgrund von fortlaufenden Beobachtungen von Patienten und von Multimomentaufnahmen auf der Basis der Dauer der direkten Pflege ermitteln. Für die Kategorie eins ergibt sich beispielsweise ein Punkt, für die Kategorie zwei fünfeinhalb Punkte, für die Kategorie drei fünfzehneinhalb Punkte. Die Zahl der Patienten jeder Kategorie ist danach mit der entsprechenden Punktzahl zu multiplizieren, was für die betreffende Pflegeeinheit eine Gesamtpunktzahl ergibt. Die Arbeitszeit läßt sich durch die Multiplikation dieser Gesamtpunktzahl mit der für eine Arbeitseinheit (entspricht einem Punkt) benötigten Zeit errechnen. Diesem für die direkte Pflege benötigten Zeitaufwand ist noch der erwähnte relativ konstante Zeitbedarf für die anderen Tätigkeiten beizufügen, so daß sich schließlich die gesamte für die Pflege aufzuwendende Zeit, ausgedrückt in Totalarbeitsstunden pro Tag, ergibt. Zur Illustration dieser Berechnungsweise geben wir nachstehend ein Zahlenbeispiel wieder [149]:

4 Kategorie-1-Patienten × Punktzahl	1	=	4
8 Kategorie-2-Patienten × Punktzahl	5,5	=	44
2 Kategorie-3-Patienten × Punktzahl	15,5	=	31
Arbeitsindex (Arbeitseinheiten)			79
Arbeitsstunden: direkte Pflege und Konstante			
Arbeitsindex 79 × 11 Min.		=	14 Std. 29 Min.
Konstante für die Pflegeeinheit		=	x Std. x Min.
Total Arbeitsstunden pro Tag			y Std. y Min.

Bei der Bestimmung der für eine Arbeitseinheit nötigen Zeit haben wir, entsprechend dem ersten Aspekt der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes, von einem bestmöglichen Verhältnis zwischen erzielter Leistung und dazu benötigter Arbeitszeit auszugehen. Sofern es nur eine

[147] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege, a. a. O., S. 8.

[148] Vgl. S. 75.

[149] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* a. a. O., S. 50.

Kategorie von Pflegepersonal gäbe, könnten die vorstehend errechneten Arbeitsstunden ohne weiteres zur Berechnung des Personalbedarfs verwendet werden. Da aber verschiedene Kategorien von Pflegepersonal auf den Pflegeeinheiten tätig sind, muß der Pflegebedarf nach den Anforderungen, die er an das Personal stellt, weiter unterteilt werden[150]. WOLFE und YOUNG unterschieden zu diesem Zweck sechzehn Aufgabengruppen[151] und sechs Kategorien von Pflegepersonal, die üblicherweise in den in die Untersuchung einbezogenen amerikanischen Spitälern arbeiteten. Für jede Aufgabengruppe besteht während einer bestimmten Arbeitszeit (zum Beispiel einer Neunstundenschicht) eine gewisse Nachfrage, die teilweise vom Abhängigkeitsgrad der Patienten bestimmt wird, zum Teil aber zumindest kurzfristig konstant bleibt. Zudem läßt sich (unter Beizug von erfahrenem Pflegepersonal) für jede Kombination einer Aufgabengruppe mit einer Personalkategorie ein Betrag errechnen, der sich aus zwei Komponenten zusammensetzt: einmal aus den Lohnkosten, zum anderen aus einem ebenfalls in Währungseinheiten ausdrückbaren Wert, der die unterschiedliche Ausbildung und Erfahrung des Pflegepersonals wiedergibt (value cost)[152]. Es ist demzufolge möglich, daß der Gesamtbetrag für eine bestimmte Kombination unendlich wird, beispielsweise wenn jemandem eine Aufgabe zugewiesen würde, die seine Fähigkeiten wesentlich übersteigt.

Im Unterschied zum ersten Aspekt, wo wir das Wirtschaftlichkeitsstreben mengenmäßig als Arbeitsproduktivität ausdrückten, haben wir es hier infolge der heterogenen Faktorarten (verschiedene Berufsgruppen des Pflegepersonals) zur Schaffung von Vergleichsmöglichkeiten wertmäßig als bewerteten Faktorverzehr zu erklären[153].

---

[150] Vgl. das Einteilungskriterium der Komplexität zu treffender Entscheide, S. 9.

[151] WOLFE, HARVEY, YOUNG, JOHN P., a. a. O., S. 301: «Specific task complexes are distinguishable by the nature of the individual tasks included, or by their requirement for certain levels of training.»

[152] *ebda.* S. 302: «Value cost in this instance is a measure of the loss or disutility incurred through personnel assignments not entirely acceptable to the medical or nursing professions or to the public. The less desirable it becomes for a specific category of personnel to perform a particular task or the more the value to the patient decreases, the higher will be the dollar value or cost incurred by job assignment.»

[153] HEINEN, EDMUND, a. a. O., S. 112: «Der bewertete Faktorverzehr (Kosten) wird mit den betrieblichen Leistungen verglichen. In dieser speziellen Form erweist sich das Wirtschaftlichkeitsstreben als Streben nach Kostenwirtschaftlichkeit. Es enthält die Forderung, eine verlangte Leistung mit den ge-

Aufgrund der wie beschrieben errechneten Kombinationen von Arbeitsgruppen und Personalkategorien ergibt sich für den gegebenen Zeitraum diejenige Zusammensetzung des Pflegeteams, welche der Forderung des zweiten Aspektes der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes am ehesten entspricht: Alle Angehörigen des Pflegedienstes sind entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrer Ausbildung eingesetzt; die zu erbringenden Pflegeleistungen werden soweit delegiert, als der Ausführende noch in der Lage ist, eine Aufgabe sachgemäß zu erfüllen. In diesem Zusammenhang sind auch die Untersuchungsergebnisse CONNORS zu beachten, der darauf hinweist, daß eine erhöhte Personaldotierung nicht unbedingt einen größeren Anteil der direkten Pflege an der gesamten Arbeitszeit zur Folge hat. Er konnte feststellen, daß das Pflegepersonal dem einzelnen Patienten nicht mehr oder weniger Zeit widmet, je nachdem ob die Arbeitslast ab- oder zunimmt. Vielmehr entfiel in den von ihm untersuchten Spitälern auf jeden Patienten ein bestimmter Pflegeaufwand («a standard of care»), den das Pflegepersonal als korrekt erachtete [154, 155]. Wir erkennen auch hier wieder den Einfluß der individuellen Werthaltungen und Zielsetzungen auf die erbrachte Pflege.

Schließlich haben wir noch einen *dritten Aspekt* der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes zu betrachten. Die beschriebene Berechnungsweise bezieht sich auf den Arbeitsanfall während eines Zeitraumes (beispielsweise eines Zwölfstundentages der Patienten). Da der Arbeitsanfall im Laufe dieses Tages unter Umständen wesentlich schwanken kann, lassen sich die nach Personalkategorien differenziert berechneten Arbeitsstunden pro Tag zur Ermittlung des Personalbedarfs nicht ohne weiteres durch die tägliche Arbeitszeit des Pflegepersonals dividieren. Arbeitsspitzen könnten während gewisser Zeiten eine stärkere Personaldotierung erforderlich machen, was zu anderen Tageszeiten im Prinzip eine Überdotierung zur Folge haben wird [156]. Der dritte Aspekt der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes läßt sich deshalb als Forderung formulieren, das Verhältnis zwischen dem effektiven

ringstmöglichen Kosten zu erzielen bzw. einem gegebenen Kostengütereinsatz eine möglichst große Leistungsmenge abzuringen.»

[154] CONNOR, ROBERT J., A Work-Sampling Study of Variations in Nursing Work-Load, Hosp. 35, 41, May 1, 1961.

[155] Vgl. dazu auch die Untersuchungsergebnisse von Pride, S. 56.

[156] Wir sehen dabei von der Möglichkeit des Teilzeiteinsatzes oder der Bildung eines «float pool» vorderhand ab. Vgl. S. 86.

Personalbestand und dem berechneten Personalbedarf habe sich möglichst um den Wert eins herum zu bewegen; alle Werte größer als eins sind Hinweise auf eine Überdotierung und damit auf ein mehr oder weniger ungünstiges Verhältnis zwischen Arbeitsergebnis und bewertetem Faktorverzehr.

Damit verfügen wir über eine operationalisierte Formulierung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit im Personaleinsatz und über die gesuchten Meßverfahren zu deren Beurteilung.

32 *Praktische Probleme*

Die beschriebenen Verfahren eignen sich zur *Überprüfung des bestehenden Personaleinsatzes* und werden neuerdings auch in der schweizerischen Spitalpraxis angewendet. So untersuchte die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz in einer repräsentativen Erhebung den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, um festzustellen, «ob eine inadäquate Aufteilung der Arbeit unter die verschiedenen Berufskategorien für den Mangel an Pflegepersonal mitverantwortlich ist» [157]. Diese Fragestellung entspricht in unserer Klassifikation dem zweiten Aspekt der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes. Ferner wurde abgeklärt, ob «ein Unterschied in der Arbeitsaufteilung des Pflegepersonals zwischen dem Vormittag und dem Nachmittag» bestehe (dritter Aspekt unserer Klassifikation). Hingegen konnte deren erster Aspekt – die Arbeitsproduktivität als Verhältnis zwischen Faktorertragsmenge und Faktorverzehrmengen – nicht untersucht werden, da eine Definition der angestrebten Pflegequalität in den erfaßten Spitälern fehlte [158]. Auf die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie haben wir bereits an derer Stelle hingewiesen [159].

Zusätzlich ist die Frage aufzuwerfen, ob sich die beschriebenen Verfahren nebst der Überprüfung des bestehenden Einsatzes nicht auch zur *Planung des zukünftigen Einsatzes* eignen. Dabei stehen vor allem der zweite Aspekt – die Aufteilung der Arbeit unter die verschiedenen Berufskategorien – und der dritte, zeitliche Aspekt im Vordergrund. Bei der beschriebenen Zuordnung von Aufgaben an Personen gelten ein-

---

[157] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, Bern 1969, S. 6.

[158] Vgl. S. 13.

[159] Vgl. S. 21.

seitig wirtschaftliche Gesichtspunkte, während in der Praxis auch die auf den Patienten bezogenen Genesungsziele (konkretisiert in der angestrebten Pflegequalität) und die Bedürfnisse des Pflegepersonals zu berücksichtigen sind. Der Tagesablauf beispielsweise ist nicht nur danach zu beurteilen, ob er Über- und Unterdotierungen von Pflegepersonal vermeiden hilft, sondern auch danach, ob er für den einzelnen Patienten angenehm ist[160]. Im Hinblick auf die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals und auf die Bedürfnisse der Patienten nach Geborgenheit wäre es im weiteren wünschenswert, daß jedes Mitglied der Pflegegruppe möglichst «ganze Patienten» zugeteilt erhält und nicht bei vielen Patienten einzelne Verrichtungen auszuführen hat. Ferner ist zu beachten, daß mit dem Erfassen der Pflegebedürfnisse der Patienten und der Berechnung der entsprechenden Personaldotierung ein nicht unerheblicher Arbeitsaufwand verbunden ist, der kaum täglich vorgenommen werden kann. Dies wäre aber zur Vermeidung von Über- und Unterdotierungen erwünscht, weil der Bedarf der Patienten an Pflege sehr rasch ändern kann. Aber selbst wenn eine tägliche Neuberechnung möglich wäre, ergäben sich durch den wechselnden Personalbedarf verschiedene Schwierigkeiten: Einer Pflegeeinheit dürfte nur ein Normalbestand an Pflegepersonal der verschiedenen Kategorien fest zugeteilt werden. Sofern eine vorzugebende Grenze der Über- oder Unterdotierung überschritten wäre, müßte ein Ausgleich mit Hilfe einer zentralen Einsatzreserve (float pool[161]) stattfinden. So könnte bei plötzlich stark zunehmender Arbeitslast auf einer Pflegeeinheit trotz einer am Normalbedarf orientierten Personaldotierung die angestrebte Pflegequalität beibehalten werden. Daß mit dieser Lösung Schwierigkeiten verbunden sind, zeigt PRICE anhand der «float policy» eines amerikanischen Spitals. In dieser wird festgehalten, daß für jede Arbeitsschicht eine Einsatzreserve bereitzustellen sei. Die Weigerung einer Pflegeperson, sich dieser Reserve zuteilen zu lassen, gelte als Kündigungsgrund[162]. In Anbetracht der Vielfalt pflegerischer Bereiche, die in ei-

---

[160] Vgl. S. 11 ff.

[161] Vgl. HARRIS, DAVID H., Staffing Requirements, Hosp. *44*, 69, April 16, 1970: «The deployment of ‚floats' serves to reduce the actual average staff level of any one nursing unit. (...) The use of a ‚float pool' makes it possible for the total number of staff nursing personnel to be brought in line with total requirements, while the needs of each nursing unit at any given time are met.»

[162] Vgl. dazu PRICE, ELMINA L., Technique to Improve Staffing, Amer. J. Nurs. 70, 2113, Oct. 1970.

nem Spital vertreten sind, müßten zudem verschiedene Einsatzgebiete gebildet werden, kann doch von einer Krankenschwester nicht verlangt werden, kurzfristig zum Beispiel entweder in einer chirurgischen Abteilung, einer Intensivpflegestation oder bei Wöchnerinnen zu arbeiten.

Aus diesen Gründen wird man die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes in all ihren Aspekten mit den beschriebenen Meßverfahren lediglich periodisch überprüfen können, daran anschließend nach Verbesserungsmöglichkeiten suchen und darauf aufbauend die Personaldotierung der Pflegeeinheit für die nächste Periode vornehmen.

4 DIE ARBEITSBEFRIEDIGUNG DES PFLEGEPERSONALS

Zur Beantwortung der Frage, wodurch das Pflegepersonal zu seiner Arbeit motiviert werde und wann es dabei die gesuchte Befriedigung finde, können wir davon ausgehen, daß auch im Pflegedienst die Arbeit eine Aktivität im Dienste der Bedürfnisbefriedigung des Arbeitenden darstellt. Grundsätzlich werden bei jedem Menschen Bedürfnisse nach gegenwärtiger und zukünftiger Sicherheit, nach Anerkennung und Achtung sowie nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit vorhanden sein [163]. Die beiden im Jahre 1971 in der Schweiz durchgeführten Studien über die Einstellung des Pflegepersonals zu seiner Arbeit haben gezeigt, daß bei der Berufswahl der Krankenschwestern die folgenden Motive im Vordergrund standen:

– goût du contact humain	64 % der Befragten
goût d'être utile et d'aider	18 % der Befragten [164]
– je m'intéresse aux gens, j'aime le contact avec eux	44 % der Befragten
c'est un métier utile, j'aime les gens qui souffrent	28 % der Befragten [165]

[163] Vgl. dazu MASLOW, ABRAHAM H., Motivation and Personality, New York 1954 und MC GREGOR, DOUGLAS M., The Human Side of Enterprise, in: The Planning of Change, edited by Bennis, Benne and Chin, New York 1966.

[164] *Ecole Genevoise d'Infirmières Le Bon Secours, Genève,* Travail de Diplôme Promotion 1968, Reflexions sur l'abandon de la profession d'infirmière, Genève 1971, S. 429.

[165] *Office de statistique de l'Etat de Vaud,* Le personnel soignant, Lausanne 1971, S. 140.

Ein weiteres häufig genanntes Motiv war das wissenschaftliche Interesse. Die im Kanton Waadt (Schweiz) durchgeführte Erhebung ergab ferner, daß bei einem Viertel der Befragten bei der Wahl ihres Arbeitsortes das Vorhandensein eines sie interessierenden Spezialgebietes ausschlaggebend gewesen war [166]. Es ist zudem aufschlußreich, zu erfahren, daß fünfundzwanzig Prozent der im Laufe der Beobachtungsperiode ausgetretenen Krankenschwestern ihren Austritt mit Mängeln des Spitals begründeten (11 % schlechte Arbeitsatmosphäre und mangelnde Zusammenarbeit, 6 % zu große Müdigkeit nach der Arbeit, 6 % ungünstige oder zu lange Arbeitszeit, 2 % ungenügender Lohn). Weitere einundzwanzig Prozent suchten anderswo bessere Möglichkeiten, um ein Praktikum zu absolvieren und sich weiterzubilden [167].

Diese Zahlen zeigen, daß heute vor allem den Bedürfnissen nach Achtung und Anerkennung und nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit eine besondere Bedeutung zukommt, die Sicherheitsbedürfnisse hingegen weitgehend befriedigt sind. Anläßlich der Waadtländer Untersuchung beklagten sich sechzig Prozent der Befragten, häufig übermüdet zu sein und nur schwerlich ein normales Privatleben führen zu können [168]. Vor die fiktive Wahl gestellt, mehr Lohn oder mehr Ferien zu erhalten, entschieden sich zweiundsechzig Prozent der Befragten für mehr Ferien [169]. Aus diesen Ergebnissen läßt sich an die Organisation des Pflegedienstes die Forderung ableiten, sie müsse dem Pflegepersonal erlauben,

- eine seiner Ausbildung, seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechende Arbeit auszuführen,
- insbesondere den Patienten genügend Zeit zu widmen, ferner
- in einer angenehmen Arbeitsatmosphäre tätig zu sein.

Ob und inwieweit diese Ziele erreicht sind, läßt sich mittels der bereits in anderem Zusammenhang beschriebenen laufenden Beobachtung und Multimomentaufnahmen [170] ermitteln. Es kann beispielsweise festgestellt werden, wie die Arbeitszeit der Angehörigen der verschiedenen Pflegeberufe auf die einzelnen Pflegetätigkeiten verteilt ist, insbesondere, welcher Prozentsatz der gesamten Arbeitszeit auf die direkte

---

166 *ebda*, S. 145.
167 *ebda*, S. 169.
168 *ebda*, a. a. O., S. 149.
169 *ebda*, S. 150.
170 Vgl. S. 21.

Pflege entfällt. Diese Ergebnisse sind auch daraufhin überprüfbar, ob sie der Ausbildung und den Kompetenzen der einzelnen Personalkategorien entsprechen.

Einen wesentlichen Einfluß auf die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals hat auch die Gestaltung seiner Beziehungen zu den Ärzten. Der quantitativ erfaßbare Aspekt dieser Beziehungen (Häufigkeit und Verteilung der Kontakte im Laufe eines Tages) läßt sich ebenfalls mittels Multimomentaufnahmen analysieren. Qualititive Aufschlüsse ergeben sich durch ein der Methode der kritischen Vorfälle verwandtes Verfahren: BATES [171] fragte beispielsweise alle Angehörigen des Pflegepersonals eines größeren Universitätsspitals nach denjenigen Aktivitäten der Ärzte, die sie aus ihrer eigenen Sicht bei der Pflege der Patienten entweder unterstützten oder behinderten. Dabei sollten sie kurz die allgemeine Situation schildern, in welcher der Vorfall spielte, die Verhaltensweise des Arztes beschreiben und erläutern, wie sie oder der Patient dadurch unterstützt oder behindert wurden. Eine entsprechende Frage erhielten die Ärzte bezüglich des Verhaltens des Pflegepersonals gestellt. Die befragten hundertfünfzehn Pflegepersonen nannten über achthundert Beispiele ärztlichen Verhaltens, die hundert Ärzte über fünfhundert Beispiele zum Verhalten des Pflegepersonals. Diese Beispiele wurden zur Erleichterung der Auswertung und der Vorbereitung der einzuleitenden Maßnahmen in verschiedene Kategorien zusammengefaßt und gezählt, stets unterteilt in negative und positive Vorfälle. Dieses Verfahren scheint uns auch für Situationen bedeutungsvoll, in denen die Beziehungen zwischen beiden Berufsgruppen neu gestaltet werden sollen. Im Rahmen eines Entwicklungsprojektes [172] könnten sich daraus wertvolle Anhaltspunkte zu einem besseren gegenseitigen Verständnis ergeben. So wäre gemeinsam abzuklären, welche Vorstellungen über die Ziele der Krankenpflege und -behandlung, die Rolle des Patienten oder die besondere Funktion der eigenen und der anderen Berufsgruppe zu einer bestimmten Beurteilung eines Verhaltens führten. Die so festgestellten unterschiedlichen Auffassungen werden zur Entwicklung gemeinsamer Ziele und Prinzipien Anlaß geben.

Die Oberschwester, welche meistens für die Planung des Personal-

[171] BATES, BARBARA, Nurse/Physician Teamwork, Int. Nurs. Rev. *13*, 43, Sept./Oct. 1966.

[172] Vgl. 3. Teil.

einsatzes zuständig ist, kann einen wichtigen Beitrag zur Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals leisten, wenn sie dabei auf die berechtigten Ansprüche der Angehörigen der verschiedenen Personalkategorien Rücksicht nimmt. Bei der Lösung dieser nicht immer leichten Aufgabe kann eine «philosophy» des Personaleinsatzes helfen [173]:

«– Der Personaleinsatz sollte ein Gleichgewicht darstellen zwischen den Bedürfnissen der Patienten und denjenigen der Angestellten.
– Es sollte eine gerechte Verteilung der beliebten und der unbeliebten Arbeitszeit auf das ganze Pflegepersonal vorgenommen werden.
– Jede Angestellte sollte die Gelegenheit haben, sich einer bestimmten Gruppe in einer bestimmten Station zugehörig fühlen zu können. (...)
– Ein zyklischer Arbeitsplan ist für die Leitung wie für die Angestellten gleich verbindlich.»

Im zweiten Kapitel haben wir versucht, aus der angestrebten Pflegequalität Rückschlüsse auf die Stellung des Patienten im Spital und die Entwicklungsphase des Pflegedienstes zu ziehen und dabei drei Entwicklungsphasen unterschieden [174]. Die dabei entdeckten Entwicklungstendenzen lassen sich auch auf die Personalführung im Pflegedienst übertragen. Die erste Entwicklungsphase ist gekennzeichnet durch einen intuitiven, improvisierenden und persönlichkeitsgebundenen Arbeitsstil [175], bei welchem das auf den Patienten bezogene Dienstleistungsbewußtsein stark entwickelt ist. Der Pionier sichert die Zielerreichung, die Motivation des Personals und den Zusammenhalt der Organisation [176]. Diese ungebundene Art des Handelns ist aber in der heutigen hochdifferenzierten Spitalorganisation nur noch in Teilbereichen (beispielsweise in der Forschung) den zu lösenden Aufgaben angemessen. Das starke Wachstum, die Notwendigkeit zur Planung und zur Zusammenarbeit aller Bereiche sowie die Emanzipation der im Spital tätigen Menschen erforderten vor allem in den Spitalzentren schon vor ei-

---

[173] PRICE, ELMINA L., Technique to Improve Staffing, Amer. J. Nurs. 70, 2112–2115, Oct. 1970, übersetzt in: Arbeitspläne und ihre Gestaltung, ein Vorschlag, Veska-Zeitschrift 35, 597, Okt. 1971.

[174] Vgl. S. 48 ff.

[175] Vgl. dazu *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Entwicklungsgesetzmäßigkeiten in Organisationen, Zeist 1967, S. 2.

[176] BOS, A. H., Management as the Development of a New Consciousness, Zeist 1971, S. 10: «He knows the demands, the work, the machines and the aim. He has seen everything grow, the history of the concern is his own biography, the ‚way of doing things' of his subordinates, is his own, the objectives are in fact his hobby, the structure of the organisation is a reflection of that of his character.»

niger Zeit eine neue Integrationskraft, sollten schwere Störungen des Arbeitsablaufes, Konflikte und Fehlentscheide vermieden werden. Durch das von der Industrie übernommene System der «wissenschaftlichen Betriebsführung» sind im Spital klare hierarchische Strukturen geschaffen und neue Prinzipien in den Vordergrund gehoben worden [177]. Dadurch wird das Bewußtsein der darin tätigen Menschen nach innen, auf die internen Probleme, gelenkt, der Patient rückt in den Hintergrund. Im Pflegedienst äußert sich diese veränderte Haltung in einem zunehmenden Interesse an der Organisation des Personal- und Mitteleinsatzes. Wenn sich eine Organisation auch dank der in dieser zweiten Entwicklungsphase geltenden Prinzipien weiterentwickeln, in «einer größeren Zeit- und Raumdimension funktionieren und eine größere Komplexität bewältigen kann», stellen sich doch nach einiger Zeit gewisse Krisensymptome ein [178]. Sie äußern sich in der drohenden Isolierung und Erstarrung der einzelnen Teilbereiche untereinander und der Gesamtorganisation in ihren Beziehungen zur Umwelt sowie in der abnehmenden Motivation des Personals. Die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Teilbereichen und die Anforderungen der dynamischen Umwelt verlangen nach einer Neugestaltung der Beziehungen und Prozesse.

Die eingangs erwähnten Ergebnisse der beiden westschweizerischen Erhebungen unterstreichen die Notwendigkeit zur Schaffung eines Gegengewichts zu den systemeigenen Anforderungen des arbeitsteiligen Großbetriebs Krankenhaus, welche die auf den Patienten bezogenen Ziele zu verdrängen drohen. Gegenwärtig besteht im Pflegedienst unserer Spitäler die unglückliche Situation, daß die Krisensymptome der zweiten Entwicklungsphase bereits auftreten [179], ohne daß deren Vorteile, der aufgaben- und kompetenzgerechte Einsatz des Personals, be-

---

[177] Vgl. dazu *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Entwicklungsgesetzmäßigkeiten in Organisationen, Zeist 1967, S. 4: «Das Prinzip der Standardisierung und Normung (...) wird (...) auch auf Menschen angewandt. (...) Indem man Normen setzt, werden zukünftige Handlungen fixiert. Das erklärt, warum in der zweiten Phase die Planung (...) eine so große Rolle spielt. (...) Die konsequente Spezialisierung ist der andere große Triumph der zweiten Phase. Menschen und Abteilungen sollen ihre Aktivität auf ein begrenztes Feld richten. (...) Die Mittelpunkt-fliehende Kraft der Differenzierung (bringt) das Gebäude der zweiten Phase ernstlich in Gefahr. Daher (richtet sich die) Aufmerksamkeit auf das vierte Prinzip: die Koordinierung.»

[178] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, a. a. O., S. 6.

[179] Vgl. S. 48 ff.

reits realisiert wären. Eine dritte Entwicklungsphase wird durch das Wiederentdecken der echten Patientenbedürfnisse charakterisiert sein[180]; die Ausrichtung aller an der Pflege und Behandlung Beteiligter an dieser gemeinsamen Zielsetzung bildet die neue Integrationskraft. So sind denn im Pflegedienst die Voraussetzungen zu schaffen, die es dem Personal ermöglichen, in relativ autonomen Einheiten innerhalb der Gesamtorganisation «selbständig und intelligent im Sinne des größeren Ganzen» [181] zu handeln. Diese Konzeption wird nicht nur erlauben, die im Pflegedienst tätigen Menschen von der Arbeit her zu motivieren, sondern durch das bewußte Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten auch die Pflegequalität zu erhöhen. Nun wird auch deutlich, weshalb wir uns eingehend mit den Zielen des Pflegedienstes, dem Gesundheitsbegriff und der eigenständigen Funktion des Pflegedienstes befassen mußten. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen hilft dem Pflegepersonal, den Sinn des Ganzen und die Zusammenhänge seiner Arbeit zu erkennen und bildet die Grundlage für die Entwicklung des Pflegedienstes. Gleichzeitig wird es unsere Aufgabe sein, durch einen zweckmäßigen Personaleinsatz das in der zweiten Entwicklungsphase Versäumte nachzuholen. Es wäre aber in Anbetracht der sich gegenwärtig abzeichnenden Krisensymptome verhängnisvoll, wollten wir vorerst unter Vernachlässigung der Bedürfnisse von Patienten und Pflegepersonal lediglich den wirtschaftlichen Aspekt in den Vordergrund heben.

---

[180] Vgl. S. 47.

[181] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, a. a. O., S. 9.

3. TEIL

DIE ENTWICKLUNG DES PFLEGEDIENSTES

1 GRUNDSÄTZLICHES

Die Ergebnisse der von der Studie über das Pflegewesen in der Schweiz durchgeführten «Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen» [1], die hier als Beispiel für viele ähnliche in der ganzen Welt durchgeführten Erhebungen genannt sei, haben ein gesamtschweizerisches Echo gefunden; es besteht ein großes Bedürfnis nach Antworten auf die darin aufgeworfenen Fragen. Freilich sind die an das Büro der Studie gerichteten Erwartungen oft etwas unrealistisch. Viele meinen, in einer experimentellen Phase könnten Muster-Pflegeeinheiten gebildet werden, die alsdann nachzuahmen wären. «Schubladenfertige Modelle», wie sie der Präsident einer Spitalkommission anläßlich eines Beratungsgesprächs forderte, sind nicht vorhanden und werden auch kaum einmal auf Abruf zur Verfügung stehen. Im Gegenteil, die ersten Erfahrungen in den an der experimentellen Phase beteiligten Spitälern sind von den sich wesentlich unterscheidenden Voraussetzungen zur Einleitung von Veränderungen geprägt.

Wie wir bereits einleitend in der Problemstellung ausgeführt haben, besteht das Hauptproblem im Fehlen klarer Zielsetzungen und Konzeptionen. Zwar haben verschiedene Kantone mit einer Spitalplanung erste Schritte in dieser Richtung unternommen. Die Realität zeigt allerdings, daß aus politischen Gründen oder der mangelnden Durchschlagskraft der kantonalen Behörden schon bei den ersten Entscheiden Ausnahmen zugestanden werden, die den ganzen Plan in Frage stellen. Solange die «Sortimentspolitik» [2] nicht eindeutig festgelegt ist, werden im Investitionsbereich immer wieder Fehlentscheide gefällt. Ein Beispiel dafür bilden die überdimensionierten Operatonseinrichtungen eines Bezirksspitals, dessen früherer Chefarzt von Patienten aus der ganzen Schweiz aufgesucht wurde. Nach seinem Austritt aus dem Spital besteht ein Mißverhältnis zwischen den vorhandenen Einrich-

[1] *Studie über das Pflegewesen in der Schweiz,* Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, Bern 1969.

[2] Vgl. S. 23.

tungen und den medizinischen Bedürfnissen der Region. Sollen nun die Bettengeschoße der Kapazität des Operationssaals entsprechend aufgestockt und Patienten aus anderen Regionen «abgeworben» werden, oder läßt man die Bettenzahl konstant mit der Überlegung, der Operationstrakt veralte schneller und könne später bei Neuinvestitionen angepaßt werden?

Der im Pflegedienst bestehende Personalmangel führt einerseits zur Forderung nach zusätzlichen Rekrutierungsbemühungen, andererseits wird eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes verlangt. Der Ton, in welchem diese Forderungen oft vorgebracht werden, zeigt den Grad der Verärgerung über das «Versagen» der Spitalfachleute und zeugt vom Glauben, wenn man sich nur energisch genug um eine Lösung bemühte, würde sie sich schon finden. Dazu als «Kostprobe» ein Ausschnitt aus einer am 22. September 1971 im Berner Großen Rat eingereichten Motion: «(Es) zeigten sich Lücken und Mängel in der Organisation, Verwaltung und Verantwortung des (...) Spitals (...). Der Betrieb wie auch die Aufnahme von Notfällen und Schwerkranken sind nicht mehr garantiert. *Das Problem ‚Schwesternmangel' muß gelöst werden.* Der Regierungsrat wird daher beauftragt, dem Großen Rat Bericht und Antrag zu stellen, die ganze Organisation und die verantwortlichen Stellen neu zu ordnen[3].» Wegen des Personalmangels kann im Pflegedienst eine Vielzahl von Stellen nicht ordnungsgemäß besetzt werden, anstelle von ausgebildeten Spitalgehilfinnen werden beispielsweise angelernte Schwesternhilfen eingesetzt. Da dadurch die Zahl von Schädigungen oder gar von Todesfällen von Patienten infolge unsachgemäßer Pflege nicht zugenommen hat, wird argumentiert, dies sei der Beweis dafür, daß die an die Ausbildung des Pflegepersonals gerichteten Anforderungen übertrieben seien. Daß durch solche Maßnahmen das noch vorhandene diplomierte Personal und vor allem die Kader zusätzlich belastet und nicht selten überfordert werden, bleibt unbeachtet. Auch hierzu eine «Kostprobe»: «Nur wenn man die Ausbildungszeit möglichst kurz hält, das primär erstrebte Niveau der Grundpflege nicht übermäßig hinaufsetzt (...), kann man hoffen, daß der Bedarf der Kranken und der Spitäler an Pflegepersonal auch in Zukunft einigermaßen gedeckt werden kann. Das wichtigste Problem ist heute nicht der theoretische Ausbildungsgrad des Pflegepersonals, sondern

[3] Hervorhebung durch den Verfasser.

die Rekrutierung genügender Pflegerinnen[4].» Sollten sich diese Tendenzen verstärken – vieles deutet darauf hin – wird man sich auch mit deren Folgen abfinden müssen: Es werden zwar kurzfristig eher mehr Patienten in den Spitälern Aufnahme finden, allerdings auf Kosten der Pflegequalität. Längerfristig wird aber die Attraktivität der Pflegeberufe abnehmen. Die Senkung der Anforderungen an eine Berufsausbildung führt zu einem Desinteresse gut vorgebildeter Interessenten; wessen Motivation zum Ergreifen eines Pflegeberufes auf der damit verbundenen Möglichkeit zur individuellen Hilfeleistung beruht, wird weniger Befriedigung in der Arbeit finden. Wären wir im übrigen als potentielle Patienten eines Krankenhauses mit einer standardisierten Minimalpflege zufrieden, bei der wir uns vollständig den Ansprüchen der Spitalorganisation anzupassen hätten?

Damit sind wir bei einem weiteren Problem angelangt, das sich aus der Konzeptlosigkeit vieler Spitäler ergibt – der fehlenden Festlegung der angestrebten Pflegequalität. Anläßlich einer im Kanton Bern durchgeführten Erhebung konnte festgestellt werden, daß noch längst nicht alle Spitäler ihren Soll-Personalbestand kennen. Dieser Umstand hat einmal zur Folge, daß man von einem Mangel an Pflegepersonal spricht, ohne zu wissen, ob er in einem bestimmten Spital überhaupt besteht und wie groß allenfalls die Zahl fehlenden Personals sei. Zum andern zeigt das Fehlen eines Sollbestandes, daß in diesen Spitälern kaum klare Vorstellungen über die angestrebte Pflegequalität bestehen, andernfalls könnten daraus Sollzahlen für die Personaldotierung ermittelt werden. Wegen des Fehlens einer festgelegten Pflegequalität erscheinen auch die Forderungen nach einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes wenig sinnvoll. Zur Beurteilung, ob das Prinzip der Wirtschaftlichkeit eingehalten wird, das sich als ökonomischer Ausdruck des Rationalprinzips auf die bestmögliche Gestaltung des Verhältnisses von Einsatz und Erfolg bezieht, fehlt die Definition der Erfolgsseite. Dieser Mangel führt auch zu so wenig sinnvollen Richtzahlen wie den durchschnittlichen Pflegekosten pro Patiententag – einem reinen Kostenvergleich ohne Einbezug der erbrachten Pflege- und Behandlungsleistungen.

---

[4] VON RECHENBERG, H. K., Ansprüche an den Pflegedienst aus der Sicht eines internistischen Chefarztes, Veska-Zeitschrift *33*, 327, Juli 1969.

Vor diesem Hintergrund und den im ersten Teil erwähnten weiteren Situationsmerkmalen sind die nachstehenden Ausführungen über ein Entwicklungsprojekt für den Pflegedienst eines Krankenhauses zu sehen.

2 ENTWICKLUNGSPROJEKT FÜR DEN PFLEGEDIENST EINES KRANKENHAUSES

20 *Das Entwicklungskonzept*

Die zur Einleitung und Begleitung eines Entwicklungsprozesses notwendigen Maßnahmen lassen sich – entsprechend der Vielfalt der zu lösenden Aufgaben – nach verschiedenen Gesichtspunkten gliedern:

- *nach dem erfaßten Bereich*
  Lösungen, die sich nur landesweit realisieren lassen
  Lösungen auf regionaler Ebene
  Lösungen innerhalb einzelner Krankenhäuser
- *nach den betroffenen Personen im einzelnen Krankenhaus*
  Patienten, Pflegepersonal, Ärzte, Angehörige anderer Krankenhausbereiche
- *nach der Art der Änderung*[5]
  Veränderungen in der Arbeitumgebung
  Veränderungen in der Arbeitsweise
  Veränderungen in der Organisationsstruktur
  Veränderungen in der Prinzipiengestaltung
- *nach dem Zeitbedarf für die Realisierung*
  kurz-, mittel- oder langfristig

Das hier am Beispiel der Gruppenpflege modellhaft dargestellte Projekt zielt auf die Entwicklung des Pflegedienstes im Krankenhaus. Diese Beschränkung auf den Einsatz des Pflegepersonals – die Ärzte werden nur soweit einbezogen, als ihre Arbeit betroffen wird oder ihre Arbeitsweise den Pflegedienst beeinflußt – bedarf einer Begründung. Letztlich werden Lösungen für das ganze Spital angestrebt. Der Entscheid über die Wahl des zu entwickelnden Systems ist als Wahl der einzuschlagenden Strategie zu verstehen. Sollen alle sich im Spital als notwendig erweisenden Entwicklungsprozesse als Teile einer Gesamtkonzeption geplant und damit sowohl zeitlich als auch sachlich und personell auf-

[5] Vgl. *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Widerstand gegen Veränderungen, Zeist 1966, S. 7.

einander abgestimmt werden oder ist eher pragmatisch vorzugehen und jede sich bei einem Subsystem zeigende Gelegenheit auszunützen?

Wir betrachten den Entwicklungsprozeß als Kontinuum und nicht lediglich als Bewegung zwischen zwei statischen Zuständen. Es gilt, eine offene Situation zu schaffen, in welcher das soziale System selber und immer wieder von neuem seine Ziele und Arbeitsweisen bestimmen kann. Eine von außen an das System herangetragene geschlossene Zielsetzung widerspräche diesem Entwicklungsbegriff; Leitbilder wie das Konzept der Gruppenpflege sollen lediglich Entwicklungsrichtungen und nicht einen Endzustand angeben[6]. Der Entwicklungsprozeß ist der Weg zwischen der Scylla des Chaos (zuviele Erneuerungen) und der Charybdis der Erstarrung (Verzicht auf Erneuerungen). Die Voraussetzungen zur Einleitung einer so verstandenen Entwicklung sind zur Zeit im Pflegedienst am ehesten gegeben. Hier ist das Bedürfnis nach Antworten auf die sich stellenden Fragen am größten, wenn auch dem Pflegepersonal das Bewußtsein für die Konzeptionen der Vergangenheit, welche die heutige Situation geprägt haben, weitgehend fehlt[7]. Diese grundsätzliche Bereitschaft erklärt sich aus der Unsicherheit über die eigene Funktion im Spital und deren Abgrenzung zu den anderen Spitalberufen, insbesondere zu den Ärzten[8]. In den anderen Spitalbereichen sind die Voraussetzungen zur Einleitung von Entwicklungsprozessen noch weniger günstig. Es ist zudem vorteilhaft, mit der Entwicklung eines Spitalbereichs zu beginnen, der in unmittelbarer Beziehung zum Patienten steht, damit dessen Bedürfnisse gleich von Anfang an miteinbezogen werden können. Schließlich hat eine Beschränkung des Aktionsfeldes den Vorteil, daß der erfaßte Bereich überblickbar bleibt und relativ kurzfristig mit der Realisierung begonnen werden kann.

---

[6] Vgl. dazu auch TLACH, PETER, Die Unternehmung als soziales Gebilde, Industrielle Organisation 40, 540, Dez. 1971: «Selbstverständlich darf niemand gezwungen werden, sich ‚zu entwickeln', wenn er dazu nicht aus eigenem Antriebe willig ist. Die nächste Schwierigkeit besteht darin, daß das Ergebnis einer menschlichen Entwicklung – und folglich auch des sich mit ihm verändernden sozialen Gebildes – nicht vorweggenommen werden kann. Denn die Entwicklung schafft Individualitäten und nicht prognosefähige Zustände. Man wird deshalb zur Begründung eines sich entwickelnden Systems solche Strukturen wählen müssen, die die Entwicklung erleichtern, aber weder erzwingen noch in vorbestimmte Bahnen lenken.»

[7] Vgl. 1. Teil.

[8] Vgl. S. 14.

Diese (vorläufige) Beschränkung auf den Pflegedienst bringt freilich verschiedene Probleme mit sich: Wenn auch ein bestimmter Freiheitsraum besteht, innerhalb dessen im Pflegedienst Lösungen möglich sind, müssen doch viele Arbeitsbeziehungen mit anderen Spitalbereichen aufrechterhalten werden. Wie noch zu zeigen sein wird, scheinen diese Hindernisse aber nicht unüberwindbar.

Wie bei allen Veränderungsprozessen werden wir auch bei der Einführung der Gruppenpflege auf Widerstände stoßen oder Konflikte auslösen. Dabei gilt es zu beachten, daß Widerstände nicht «in den Problemen in der Situation an sich (begründet sind), sondern in den Gefühlen von Menschen, die plötzlich (...) mit einer vorgeschlagenen oder ausgeführten Veränderung (konfrontiert werden) [9].» Es ist deshalb die Aufgabe der Träger des Entwicklungsprozesses

- neue Gedanken oder Vorschläge so vollständig und deutlich wie möglich vorzubringen;
- den Betroffenen zur Eingewöhnung Zeit zu lassen und ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem die Menschen sich unbefangen äußern können;
- vorgeschlagene Änderungen ernst zu nehmen;
- Neuerungen schrittweise einzuführen;
- die Menschen bei der Planung und Ausführung der vorgeschlagenen Veränderungen einzubeziehen [10].

Als Antwort auf die in der Problemstellung aufgeworfenen Fragen zeigen wir in diesem dritten Teil die Entwicklungsmöglichkeiten des Pflegedienstes anhand des Beispiels der Einführung der Gruppenpflege. Die dabei ohne weitere Quellenangaben erwähnten Beispiele stammen aus Entwicklungsprojekten, an denen der Verfasser beratend mitgewirkt hat.

21 *Die Ausgangslage*

Entwicklungsprozesse entstehen aus einem Spannungsverhältnis zwischen Situation und Konzeption.

210 *Die Situation*

Einige allgemein gültige Merkmale der gegenwärtigen Situation des Pflegedienstes im Spital sind bereits an anderer Stelle dargelegt worden, wir haben sie hier noch durch weitere kennzeichnende Faktoren zu ergänzen. Die pflegenden Krankenschwestern sind oft wenig problem-

[9] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, a. a. O., S. 3.
[10] *ebda*, S. 6.

bewußt und beklagen sich eher allgemein über die Arbeitsbedingungen, ohne ihre Begehren näher konkretisieren zu können. So vermerkten die Schülerinnen der Ecole Genevoise d'Infirmières Le Bon Secours in ihrer gemeinsamen Diplomarbeit [11]:

«Au cours de nos différents stages dans les services hospitaliers et extra-hospitaliers nous avons rencontré à maintes reprises des infirmières insatisfaites. Cette insatisfaction n'est pas spécifique et ne s'exprime pas toujours clairement et librement. (...) L'infirmière se plaint dans le général, mais lorsqu'on l'interroge sur des points précis, lorsqu'on lui demande de formuler ses doléances et ses propositions, son agressivité et ses revendications s'évanouissent.»

Einen wesentlichen Beitrag zum Aufdecken der Probleme leisten die Schulen der verschiedenen Pflegeberufe, welche sich für das Erreichen der Praktikumsziele ihrer Schülerinnen und Schüler verantwortlich wissen. Zimmersystem, Schwesternmangel und unzureichende Kontakte zwischen Schule und Ausbildungsstation bewirken, daß die Schülerinnen und Schüler zu wenig als Lernende und zu viel als Arbeitskräfte eingesetzt werden. Die sich aus dem Einsatz von Pflegerinnen FA SRK und von Spitalgehilfinnen ergebenden Konsequenzen sind nur teilweise erfaßt worden. Die Angehörigen beider Berufsgruppen fühlen sich oft zu wenig integriert. Da sie meistens noch nie Gelegenheit hatten, besser ins Ganze einbezogen zu arbeiten, nehmen sie ihre Lage als zum Beruf gehörend hin. Es fällt auf, wie sie als erste befriedigt auf alle Lösungen reagieren, welche einen besser geplanten Arbeitsablauf und einen ihrer Ausbildung entsprechenden Arbeitseinsatz herbeiführen. Die Arbeitsgestaltung der Ärzte ist oft ebensowenig durchdacht wie im Pflegedienst [12, 13]. Während mindestens ein Teil der Kader im Pflegedienst auf seine Vorgesetztenfunktion hin vorbereitet worden ist, fehlen diese Möglichkeiten für die Ärzte weitgehend. Das führt zu einer allgemeinen Unsicherheit in Fragen der Arbeitsorganisation und der

---

[11] *Ecole Genevoise d'Infirmières Le Bon Secours, Genève,* a. a. O., S. 102 und 655.

[12] Es wäre wünschenswert, daß auch eine Studie über den Einsatz der Ärzte auf den Spitalabteilungen durchgeführt würde.

[13] MAMIE, W., Betriebsorganisation und Rationalisierungsmöglichkeiten, Veska-Zeitschrift *34,* 184, April 1970: «Schwesternarbeit kann nur dann wirklich rationell sein, wenn das Krankenhaus als Ganzes auch rationell betrieben wird. So ist festzustellen, daß ein großer Teil der Schwesternarbeit von entsprechenden Arbeitsmethoden der Ärzte voll abhängig ist. Nur ein zeitliches Schema für beide Berufsgruppen gemeinsam schafft überhaupt Grundlagen für die Rationalisierung.»

Personalführung. Die Praxis zeigt, daß die Kader des Pflegedienstes beim Einführen von Neuerungen die Ärzte so wenig wie möglich «behelligen» möchten und sie lediglich soweit orientieren, als ihre Arbeit direkt betroffen wird. Dieses Vorgehen hat zur Folge, daß bestenfalls ein Suboptimum für den Pflegedienst erreicht wird. Ein charakteristisches Beispiel bildet die Einführung des Kardex-Informationssystems. Sämtliche den Patienten betreffende Aufzeichnungen des Pflegedienstes werden dadurch neu gestaltet. Die Einführung dieser Neuerung liegt normalerweise ganz in den Händen des Pflegepersonals, obschon verschiedene Anknüpfungspunkte an das Informationssystem der Ärzte bestehen, beispielsweise bei der Abgrenzung von Pflegebericht und Krankengeschichte.

Die Tatsache, daß oft keine oder nur sehr unklare Vorstellungen über das praktische Vorgehen in einem Erneuerungsprozeß bestehen und sowohl der Zeitaufwand wie auch die sich ergebenden Schwierigkeiten und Widerstände unterschätzt werden, bildet ein weiteres Merkmal der gegenwärtigen Lage. Vielerorts hält sich die Vorstellung, Neuerungen wie die Gruppenpflege könnten in einigen Wochen durchgeführt werden, obwohl die Erfahrung zeigt, daß allein die Planung und Schaffung der dazu notwendigen Vorbedingungen Monate beanspruchen kann.

In der den Entwicklungsprozeß einleitenden Situationsanalyse werden zusätzlich zu diesen allgemein geltenden Situationsmerkmalen die besonderen Verhältnisse der jeweils betroffenen Pflegeeinheiten zu berücksichtigen sein. Dabei ist nicht nur die gegenwärtige Lage, sondern auch die Vergangenheit einzubeziehen; die Eigenheiten der für den Entwicklungsprozeß wesentlichen Personen müssen miteingeschlossen werden.

211 Die Konzeption

Die der Gruppenpflege zugrundeliegenden Überlegungen haben wir bereits im ersten Teil dargestellt. Ein für deren Einführung wichtiges Merkmal bildet der Umstand, daß Gruppenpflege nicht lediglich eine andere Organisationsform, sondern durch das Bekenntnis zur umfassenden individuellen Pflege auch eine bestimmte Konzeption der Pflege darstellt[14]. Die Konsequenzen dieses neuen Leitbildes sind nur schwer

[14] MEIER, MARTHA, Was ist Gruppenpflege? Zeitschrift für Krankenpflege 64, 21, Jan. 1971: «Was ist denn individuelle umfassende Pflege? Es ist die Pflege, die sich um die Erfassung des ganzen Menschen bemüht in allen seinen

erkennbar, erfordert es doch nicht nur vom Pflegepersonal, sondern ganz besonders auch von den Ärzten, deren Ausbildung noch stark von einem naturwissenschaftlichen Menschenbild geprägt ist, ein Umdenken. Es handelt sich – in den Kategorien unserer Gliederung der zu ergreifenden Maßnahmen ausgedrückt – nicht nur um Änderungen in Arbeitsweise und Organisationsstruktur, sondern auch um solche in der Prinzipiengestaltung. Diese Änderungen erfordern aber ein Höchstmaß an Anpassungsenergie und rufen am ehesten Widerstände hervor. Weitere Probleme ergeben sich aus den unterschiedlichen Beweggründen zur Einführung der Gruppenpflege, was angesichts der Mehrzahl der Ziele des Pflegedienstes nicht erstaunt. Unter dem Einfluß des zuweilen bedrohlich erscheinenden Mangels an Pflegepersonal, der fälschlicherweise von vielen als das einzige zu lösende Problem betrachtet wird, steht bei den für den Pflegedienst verantwortlichen Personen der mit der Gruppenpflege verbundene kompetenzgerechtere Personaleinsatz im Vordergrund. Damit verbinden sich mit der Einführung der Gruppenpflege Hoffnungen auf eine Personaleinsparung, welche dem Leitbild der umfassenden individuellen Pflege in den meisten Fällen entgegengesetzt sind. Die Bemühungen um den besseren Einsatz des Pflegepersonals und die Senkung der überdurchschnittlich hohen Arbeitszeiten haben im weiteren zur Folge, daß oft gleichzeitig mit der Gruppenpflege der Schichtbetrieb eingeführt wird (normalerweise drei Schichten zu neun Stunden). Die damit verbundenen Umstellungen in der Lebensweise beschäftigen das Pflegepersonal kurzfristig viel mehr als das sich erst auf längere Sicht auswirkende Leitbild der umfassenden individuellen Pflege. Für viele erscheinen Gruppenpflege und Schichtbetrieb als eine zusammengehörende Konzeption, wobei in der Diskussion die kurzfristigen Veränderungen die langfristigen überdekken. Daraus ergibt sich die wenig erfreuliche Lage, daß die Konzeption

---

körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten. Hier wird das Schwergewicht auf das Gesunde im Menschen gelegt und auf die Aktivierung aller noch in ihm erhaltenen Kräfte, um ihm zu helfen, sein momentan durch die Krankheit gestörtes Gleichgewicht wieder zu finden.»

SPAHN, HANNI, Grundpflege, Zeitschrift für Krankenpflege 62, 125, März 1969: «Meiner Ansicht nach soll es Ziel der Grundpflege sein, dem Patienten so zu helfen, daß er sich in seinen durch die Krankheit bedingten Problemen verstanden und aufgehoben fühlt, damit er selber weiterkommen und es wagen kann, den Fragen, die durch die Krankheit aufgeworfen werden, offen entgegenzutreten.»

der Gruppenpflege in einem etwas seltsamen Licht erscheint, was die Auslösung eines Entwicklungsprozesses wesentlich erschwert.

22 *Die Träger des Entwicklungsprozesses*

An die Träger des Entwicklungsprozesses müssen zweierlei Anforderungen gestellt werden: einmal eingehende Kenntnisse über die Spitalsituation und mögliche Leitbilder zu deren Entwicklung, zum andern Vertrautheit in der Handhabung der Mittel zur Auslösung eines Entwicklungsprozesses, seiner Begleitung und der dabei auftauchenden Probleme. Daraus ergibt sich, daß die berufliche Herkunft dieser Personen sowohl vom einen wie vom anderen Bereich geprägt sein kann. Was heute weitgehend fehlt, sind Krankenschwestern oder Ärzte, welche mit der Begleitung von Entwicklungsprozessen vertraut sind; andererseits bedarf es für einen Außenstehenden großer Anstrengungen, bis er vertiefte Einsichten in das Spitalwesen erlangt. Somit haben wir uns zumindest gegenwärtig damit abzufinden, daß die möglichen Träger des Entwicklungsprozesses ungleichgewichtig vorgebildet sind. Für den einzuleitenden Entwicklungsprozeß ergibt sich daraus die Schlußfolgerung, daß Menschen beider Arten beruflicher Herkunft eng zusammenarbeiten müssen. Ferner ist die Bildung regionaler und landesweiter Erfahrungsaustauschgruppen unbedingt notwendig. In der bisherigen Praxis haben sich diejenigen Lösungen als am vorteilhaftesten erwiesen, bei denen außenstehende, mit der Spitalsituation vertraute Berater von einer spitalinternen Arbeitsgruppe beigezogen worden sind. Wir gehen deshalb in unserem Modell auch von dieser Sachlage aus. In einem Universitätsspital mit angeschlossener Krankenpflegeschule setzte sich diese Arbeitsgruppe beispielsweise wie folgt zusammen:

- Adjunktin der Oberin des Pflegedienstes, Vorsitz
- Oberschwester der ersten Versuchsstation
- Oberarzt der ersten Versuchsstation
- Oberschwester einer weiteren Station
- Lehrerin für Krankenpflege in der angeschlossenen Krankenpflegeschule
- beigezogener außenstehender Berater.

Die Arbeitsgruppe eines anderen Spitals nahm aufgrund einer ersten überschlagsmäßigen Situationsanalyse auch die Physiotherapeutin und die Sozialarbeiterin als Mitglieder auf, weil sich dabei gezeigt hatte,

daß diese Arbeitsbereiche mit dem Pflegedienst und den Ärzten zuwenig koordiniert waren und deshalb nach neuen Lösungen gesucht werden mußte. In Anbetracht der Auswirkungen der einzuleitenden Maßnahmen auf weitere Krankenhausbereiche zogen die Arbeitsgruppen anderer Krankenhäuser auch einen Angehörigen der Verwaltung als Mitglied bei.

In der Realisierungsphase empfiehlt sich der Einsatz einer Entwicklungshelferin, meistens einer Krankenschwester, welche nebst vertieften beruflichen Erfahrungen und einigem pädagogischem Geschick auch über die notwendigen Kenntnisse in der Begleitung von Entwicklungsprozessen verfügt. Sie arbeitet als überzähliges Mitglied in den einzelnen Arbeitsgruppen mit und hilft deren Mitglieder auch bei der Selbstauswertung der Arbeit[15, 16]. Laufend werden die Erfahrungen besprochen und notfalls auch Änderungen vorgenommen. Es hat sich in einzelnen Spitälern gezeigt, daß einmal eingeleitete Entwicklungsprozesse ohne den Einsatz von Entwicklungshelferinnen wieder verflachen und Rückfälle in die althergebrachten Arbeitsweisen vermehrt vorkommen. Von ihrem Mitwirken hängt es auch ab, ob und wie schnell nach den ersten Versuchsstationen weitere Pflegeeinheiten in den Entwicklungsprozeß einbezogen werden können. Die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen der Entwicklungshelferin und den Kadern der zu beratenden Einheiten ist ein nicht leicht lösbares Problem. Nur allzuoft unterliegen der beigezogene Berater und die Entwicklungshelferin der Versuchung, den Entwicklungsprozeß voranzutreiben, ohne sich vergewissert zu haben, daß die Mitglieder der Arbeitsgruppe in der Lage sind, daran mitzutragen und sich hinter die einzelnen Maßnahmen zu stellen. Dadurch entstehen Konfliktsituationen, weil sich die direkt Betroffenen in ihrer Stellung bedroht fühlen. Zu recht weisen

---

[15] Vgl. dazu auch SCHWANINGER, CHARLOTTE, Probleme und Erfahrungen beim Einführen der Gruppenpflege, Veska-Zeitschrift 35, 471–473, Sept. 1971.

[16] Vgl. dazu die Stellenbeschreibung der Entwicklungshelferinnen eines Universitätsspitals: Die Beraterin für den Pflegedienst hilft dem Pflegepersonal aller Stufen in den Abteilungen des Spitals bei der Verwirklichung einer den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepaßten Pflege und eines wirtschaftlichen Personal- und Mitteleinsatzes. Sie legt gemeinsam mit der Oberin und dem leitenden Personal der zu beratenden Abteilungen ein Arbeitsprogramm fest. Die Beraterin gelangt durch ihre aktive Mitarbeit bei der Pflege in die Lage, gemeinsam mit dem Pflegepersonal die geleistete Arbeit zu beurteilen und nach Verbesserungsmöglichkeiten suchen zu können. Die Einführung von Neuerungen geschieht im Einverständnis mit der zuständigen Oberschwester.

sie darauf hin, daß sie als für den Betrieb Verantwortliche auch die Folgen der bei jeder Neuerung unvermeidbaren Schwierigkeiten zu tragen haben. Eine noch größere Gefährdung weiterer Entwicklungsprozesse ergibt sich aber, wenn sich das Kader der beratenen Klinik zu bereitwillig auf die Mitarbeit der Entwicklungshelferin abstützt und seine Fähigkeiten, den Prozeß mitzutragen, nicht laufend mitentwikkelt [17]. Die schon rein personell bedingte Notwendigkeit, daß sich die Entwicklungshelferin nach einer gewissen Zeit zurückzieht, muß sie bereits zu Beginn ihrer Tätigkeit veranlassen, die Selbständigkeit aller am Entwicklungsprozeß Beteiligten so weit wie möglich fördern. Alle diese Faktoren führen in der Praxis dazu, daß sich die Entwicklungshelferin in ihrer Arbeit gelegentlich isoliert vorkommt und des Rates eines Außenstehenden bedarf. Diesem Anliegen kann durch periodische Zusammenkünfte mehrer Entwicklungshelferinnen eines Spitals oder einer Region entsprochen werden, allenfalls unter Beizug eines externen Beraters. Diese Zusammenkünfte dienen dem Erfahrungsaustausch, der Lösung besonderer Probleme, der gemeinsamen Planung von Beratungsprojekten und der Weiterbildung.

23 *Die Einleitung des Entwicklungsprozesses*

230 *Situationsanalyse und praktische Zielsetzung* [18]

Die erste Aufgabe der Arbeitsgruppe besteht nach der allgemeinen Erkundung von Konzeption und Situation in einer eingehenden Situationsanalyse und dem Setzen konkreter Ziele. Für eine gründliche Analyse der Arbeitsweise und der Organisationsstruktur [19] bedient man sich mit Vorteil der im zweiten Teil beschriebenen Verfahren, da die Erfahrung zeigt, daß die jeweils geltenden Arbeitsmethoden als so selbstverständlich betrachtet werden, daß die Arbeitenden oft Mühe haben, ihre Arbeitsweise zu beschreiben und kritisch zu würdigen. Als erstes lassen sich einerseits die charakteristischen Merkmale der Patienten der be-

[17] Vgl. dazu auch ROGERS, CARL, Facilitating Encounter Groups, Amer. J. Nurs. 71, 275–279, Feb. 1971.

[18] Zur Gliederung der einzelnen Phasen eines Entwicklungsprozesses vgl. auch ZWART, C. J., Organisations-Entwicklung, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1969.

[19] Vgl. die verschiedenen Änderungsarten S. 96.

treffenden Pflegeeinheit[20], andererseits der dort getroffene Grundsatzentscheid bezüglich der Organisationsform[21], die Personalstruktur[22] und die Arbeitszeitregelung ermitteln. Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen bezüglich der Pflegequalität, der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes, der Arbeitsbefriedigung des Personals und der Ausbildungssituation der Schülerinnen und Schüler der verschiedenen Pflegeberufe[23]. Ein weiterer Aspekt der betrieblichen Situationen ist noch wesentlich schwieriger zu identifizieren, er betrifft «die Ganzheit von Normen, Werten, Zielen und Prinzipien, die gültig sind. Diese ‚Sphäre' erhebt sich über die einzelnen Mitarbeiter, obwohl sie eigentlich deren Träger sind. Man könnte die Sphäre die Betriebsindividualität nennen, sie ist ersichtlich aus der Geschichte des Betriebes und sie beeinflußt das Verhalten der Mitarbeiter[24].»

Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich, wenn individuelle Eigenheiten der für den Entwicklungsprozeß wichtigen Personen in die Situationsanalyse einbezogen werden sollen, vor allem, weil sie nicht leicht besprechbar gemacht werden können. Diese Faktoren spielen aber eine wichtige Rolle für das zukünftige Geschehen und mögliche Hindernisse. In einem Universitätsspital mußte beispielsweise in Rechnung gestellt werden, daß die zu beratende Abteilung geografisch etwas abgelegen war. Dies äußerte sich einmal sachlich, beispielsweise im großen Zeitaufwand, der für Patiententransporte aufgewendet werden mußte, andererseits aber auch in der Einstellung des Personals aller Berufsgruppen dem eigenen Haus und dem «Rest» des Spitals gegenüber. Dort sprach man von denjenigen «ennet dem Berg» (Distanz zu Fuß: fünf bis zehn Minuten!). In einem anderen Fall beeinflußte eine unabhängig vom Entwicklungsprojekt durchgeführte Neugestaltung der Führungsstruktur im Pflegedienst die Arbeit in den Pflegegruppen sehr wesentlich, weil sich das Netz der Beziehungen und die Machtstrukturen noch nicht eingependelt hatten. Auffallend sind die zusätz-

---

[20] Vgl. die von LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., a. a. O., S. 21 ff. angegebenen Merkmale: Art und Schweregrad der Krankheit, durchschnittliches Alter der Patienten, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, normalerweise erwarteter Behandlungserfolg.

[21] Vgl. S. 15.

[22] Vgl. S. 18.

[23] Vgl. die Ausführungen auf S. 106 ff.

[24] BOS, A. H., Wechsel in der Arbeitsstruktur von der Verrichtungs- auf die Objektgliederung, GSB-Informationen Nr. 4, Bern 1968, S. 1.

lichen Schwierigkeiten in chirurgischen Einheiten, wo sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonal anders gestaltet als in medizinischen Einheiten (wohl unter dem Einfluß der «eindeutigen» Unter- und Überordnung im Operationssaal).

In allen Bereichen möglicher Änderungen ist abzuklären, wie sich die gegenwärtig abzeichnenden Probleme in der jüngsten Vergangenheit entwickelt haben, damit nicht zufälligen und langfristig gesehen unbedeutenden Problemen eine ihnen nicht zukommende Bedeutung beigemessen wird.

Wir stellen im folgenden dar, wie die Situationsanalyse bezüglich Pflegequalität, Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes, Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals und Ausbildungssituation des Lernpersonals vorgenommen werden kann.

Die im zweiten Kapitel beschriebenen Verfahren zur Beurteilung der *Pflegequalität* sind außer in einigen Ausnahmefällen noch wenig erprobt. Deshalb mußte bis jetzt auf einfachere Methoden zurückgegriffen werden; die Form der teilnehmenden Beobachtung durch die Entwicklungshelferin hat sich dabei am besten bewährt. Es ist aber auch schon mit Erfolg versucht worden, einzelnen Krankenschwestern der beratenen Pflegeeinheiten ein Praktikum auf anderen Stationen zu ermöglichen, die bereits früher mit der Einführung der Gruppenpflege begonnen hatten. Zusammen mit den eigenen Erfahrungen der Oberschwester ergeben sich daraus wichtige Anhaltspunkte über die Fähigkeiten des beteiligten Personals und dessen Entwicklungspotential. Systematische Untersuchungen über die benötigten Mindestqualifikationen des Pflegepersonals, wie sie etwa mittels der von Gorham [25] beschriebenen Fähigkeitsprofile vorgenommen werden könnten, fehlen noch. Immerhin ergeben sich durch die teilnehmende Beobachtung auch Aufschlüsse über die auf der betreffenden Pflegeeinheit geltenden Ziele, die «philosophy» für Pflege und Behandlung des Patienten und dessen Rolle [26]. Schließlich können die Patienten selber durch Interviews und Fragebogen zur Beurteilung der Pflegequalität beigezogen werden [27].

Im Laufe eines Entwicklungsprojektes arbeiteten Ärzte und Pflegepersonal gemeinsam einen Fragebogen aus, um Antworten auf die sie

[25] Vgl. S. 71.
[26] Vgl. S. 13.
[27] Vgl. S. 68 ff.

besonders interessierenden Probleme zu finden. Sie kannten den an die Gruppenpflege gerichteten Vorwurf, sie verhindere ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und «seiner» Krankenschwester. Deshalb fragten sie die noch nach dem Zimmersystem gepflegten Patienten vor der Einführung der Gruppenpflege: «Hatten Sie eine ‚eigene' Schwester, die Sie betreute und zu der Sie ein Vertrauensverhältnis hatten, oder wurden Sie abwechslungsweise von mehreren Schwestern gleichzeitig betreut?» Erwartungsgemäß antwortete ein großer Teil der Patienten, keine «eigene» Schwester gehabt zu haben. Auch beim Zimmersystem arbeiten die Krankenschwestern «lediglich» fünf Tage lang neun Stunden, so daß sich ein beträchtlicher Personalwechsel ergibt. Die erwähnte Frage zeigt aber auch den Nachteil der von Nichtfachleuten aufgestellten Fragebogen. Es geht aus der Fragestellung nicht hervor, ob trotz der Pflege durch mehrere Krankenschwestern zu einer oder mehreren von ihnen ein Vertrauensverhältnis bestand.

Daß die Arbeit der Ärzte bereits in dieser Phase der Situationsanalyse einbezogen werden kann, zeigt eine weitere Frage aus der gleichen Erhebung: «An der Chefvisite mit Prof. XY, die in der allgemeinen Abteilung einmal pro Woche stattfindet, nehmen alle Ärzte und Unterassistenten teil. Wie finden Sie diese ‚große Visite'? (...) Wer stand während der Chefvisite im Mittelpunkt? Sie selber / Ihre Papiere (Fieberkurve, Röntgen usw.). Konnten Sie während der Chefvisite persönliche Anliegen vorbringen? [28]»

Die *Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes* läßt sich am umfassendsten durch die beschriebenen personal- und patientenbezogenen Erhebungen über den Einsatz des Pflegepersonals beurteilen [29]. Falls die für solche Erhebungen notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Voraussetzungen fehlen, muß auf einfachere Verfahren zurückgegriffen werden. Wichtige Hinweise ergeben sich schon durch die bereits als Mittel zur Beurteilung der Pflegequalität erwähnte teilnehmende Beobachtung. So schreibt eine Entwicklungshelferin in ihrem Bericht über die Arbeit der Spitalgehilfinnen einer Klinik: Es ist wohl ein Arbeitsplan vorhanden, doch sind sowohl die Stationsschwester als auch

[28] In diesem Zusammenhang ist die Bemerkung von KOGAN, HUNT und BARTHELME zu beachten, A Follow-up Study of Results of Social Casework, New York 1953, S. 93, zitiert in Reiter Frances, Kakosh, Marguerite E., a. a. O., S. 11: «Client valuations may tend to reflect the manner in which help is given or attempted, rather than the actual effectiveness of help.»

[29] Vgl. S. 79 ff.

die diplomierten Schwestern darauf angewiesen, von der Spitalgehilfin selbst Informationen über deren Kompetenzbereich und Schulprogramm zu bekommen. Die Tätigkeit der Spitalgehilfin wird zum größten Teil vom «Chummer z'Hilf» der Schwestern bestimmt. Es kann also weder von Überwachung noch von Anleitung gesprochen werden. Zur Koordination der Tätigkeiten innerhalb des Pflegedienstes bemerkt sie: 7.40 Uhr: Die Schülerin sollte noch mit der diplomierten Schwester betten, kam aber mit ihren Blutentnahmen so in Verspätung, daß jetzt in ihrem eigenen Zimmer noch kein einziges Bett gemacht ist, dafür aber bei der diplomierten Schwester schon alle. 8.15: Weiter betten, waschen, Patienten ans Lavabo begleiten. Wenn man Glück hat, erwischt man eine Hilfe zum Betten, die aber bald im Nebenzimmer dringend gebraucht wird. Zwischenfälle lassen uns keinen Spielraum mehr zum Nachdenken.

Aufschlüsse über die *Befriedigung des Pflegepersonals* bei seiner Arbeit ergeben sich aus dem persönlichen Gespräch anläßlich der Situationsanalyse und durch die Erfahrungen der Oberschwester in der täglichen Arbeit sowie bei Eintritts- und Austrittsgesprächen. Nur selten wird es möglich sein, systematische Untersuchungen vorzunehmen, wie sie beispielsweise anläßlich der zwei zitierten westschweizerischen Studien durchgeführt wurden[30]. Meist bemängeln die Krankenschwestern im Gespräch, die Art und Weise der Arbeitsorganisation ließe ihnen zu wenig Zeit, um sich den Patienten zu widmen. Ob sie allerdings zusätzlich zur Verfügung stehende Zeit wirklich für die direkte Pflege verwenden würden, müßte in Anbetracht der Untersuchungsergebnisse CONNORS[31] noch näher abgeklärt werden. Ferner haben wir zu bedenken, daß die Zeit, die eine Krankenschwester einem Patienten widmet, für den Pflegeerfolg nicht unbedingt ausschlaggebend ist. Von Bedeutung ist vielmehr, *was* das Pflegepersonal für den Patienten unternimmt[32].

Schließlich hat die Situationsanalyse auch noch über die *Stellung des Lernpersonals* Auskunft zu geben. Dessen Ausbildungssituation wird weitgehend vom Grad der Zielerreichung in den anderen Bereichen bestimmt. Eine gute Pflegequalität und eine zweckmäßige Arbeitsorganisation wirken als Vorbild anspornend und bilden die Voraus-

[30] Vgl. S. 87 ff.
[31] Vgl. S. 84.
[32] Vgl. dazu die Untersuchungsergebnisse von Pride, S. 54.

setzungen für einen geregelten Arbeitsablauf, der erst eine vertiefte Betreuung ermöglicht.

Die Ergebnisse dieser Situationsanalyse sind den Mitgliedern der Arbeitsgruppe zur Verfügung zu stellen und sollen dort diskutiert werden. Es ist dabei wesentlich, daß sich alle Mitglieder mit den Ergebnissen identifizieren und sie akzeptieren können. Aus diesem Grunde scheint es vorteilhaft, sie selber mit der Analyse zu betrauen oder als untersuchende Schwester eine Person zu wählen, die ihr Vertrauen genießt. Bei allen Erhebungen sollten zudem die an und für sich aufschlußreichen wissenschaftlichen Zielsetzungen (Erprobung von Bewertungsmethoden in Pilotversuchen, Repräsentativerhebungen usw.) nicht unnötigerweise mit den pädagogisch-entwicklungsbezogenen Zielsetzungen des einzuleitenden Wandels vermischt werden. Nur allzuleicht empfinden sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe als «Versuchskaninchen». Die Situationsanalyse des Pflegedienstes ist ferner mit den entsprechenden Erhebungen über die Arbeitsbereiche der Ärzte und der übrigen Mitglieder des medizinischen Arbeitsteams zu konfrontieren. Dabei wird die Physiotherapeutin beispielsweise feststellen, der Arzt schreibe allzuoft lediglich «Physiotherapie» auf das Verordnungsblatt, ohne genauere Angaben zu machen, oder sie werde nicht oder zu spät über den bevorstehenden Austritt eines Patienten orientiert. Ein Vergleich der verschiedenen «normalen» Tagesabläufe deckt ferner die verschiedenen unglücklichen Überschneidungen und Lücken auf. So wäre vielleicht aufgrund des Tagesablaufs der Ärzte die Zeit zwischen elf und zwölf Uhr mittags sehr günstig für besondere Verrichtungen am Krankenbett (beispielsweise für Punktionen), während für die Küche dieselbe Zeitspanne günstig für die Abgabe der Patientenmittagessen liegt.

Durch ihre gemeinsame Tätigkeit und deren laufende Auswertung erwerben die Mitglieder der Arbeitsgruppe neue Fähigkeiten in der Zusammenarbeit und der Problemlösung, die Arbeitsgruppe wird zur Steuergruppe des Entwicklungsprozesses.

Diese Phase der Situationsanalyse und des Beginns der praktischen Zielsetzungen ist mit gewissen Gefahren verbunden – dem Scheindenken und dem Gewalthandeln [33]:

«Das ‚Scheindenken' entsteht, wenn die neuen Konzeptionen nicht mit der Situation konfrontiert werden: Der (Beratene) wird wohl begeistert, jedoch ohne

[33] ZWART, C. J., a. a. O., S. 23.

ausreichenden Sinn für die Realität. Die Folge ist, daß der Prozeß der Veränderung eine Illusion bleibt, die niemals Wirklichkeit wird.

Das ‚Gewalthandeln' tritt auf, wenn der (Beratene) versucht, eine neue Situation zu forcieren. Die Beschränkungen der heutigen Situation werden dann mit Gewalt zur Seite geschoben, und die Veränderung wird ‚einfach' eingeführt.»

So ist es mehrfach vorgekommen, daß das Pflegepersonal einzelner Abteilungen größerer Spitäler ohne jede Vorbereitung «einfach» umfangreiche Änderungen vornehmen wollte.

Das Ergebnis all dieser Besprechungen, ein schriftlich niedergelegter und von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe akzeptierter Bericht über den Ist-Zustand, bildet nicht nur die Grundlage für die einzuleitenden Maßnahmen, sondern auch für später vorzunehmende Vergleiche zwischen Erreichtem und Angestrebtem.

Die ersten praktischen Schritte werden sich auf vorbereitende Maßnahmen beziehen: Arbeitszeiten, Stellenbeschreibungen, Rapportsystem, Merkblätter für Untersuchungen und Therapien. Dabei zeigen sich besonders in Universitätsspitälern die ersten Beschränkungen im Freiheitsraum der einzelnen Pflegeabteilungen, gilt es doch nicht nur wegen der innerbetrieblichen Personalrotation und der Bedürfnisse der angeschlossenen Schulen für Pflegepersonal, sondern auch aus Rücksicht auf die medizinisch-technischen Bereiche unzählige Abstimmungen vorzunehmen.

Es ist die Aufgabe der Entwicklungshelferin und des allenfalls beigezogenen Beraters, in den Diskussionen über zu ergreifende Maßnahmen auf die dahinter stehenden Ziele hinzuweisen und so deren Operationalisierung einzuleiten. Merkblätter für Untersuchungen und Therapien leisten beispielsweise einen Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes, als deren ersten Aspekt wir die Forderung formuliert haben, eine bestimmte Pflegeleistung sei mit geringstmöglichem zeitlichem Aufwand zu erreichen[34]. Merkblätter über das geeignetste Vorgehen helfen zeitraubende Nachforschungen über das richtige Röhrchen bei bestimmten Tests oder die zu verwendenden Formulare vermeiden. Gleichzeitig tragen sie zur Verwirklichung des zweiten Aspektes der Wirtschaftlichkeit bei, nach dem es nicht zulässig ist, qualifiziertes Personal bei Arbeiten einzusetzen, für welche es keiner oder nur geringer Ausbildung bedarf[35]. Ein Großteil dieser Arbeiten

[34] Vgl. S. 79.
[35] Vgl. S. 80.

kann der Stationssekretärin delegiert werden. Die erwähnten Merkblätter leisten ferner einen Beitrag zu einer sicheren Pflege[36], indem zum Beispiel ein Test nicht infolge falschen Vorgehens mehrmals durchgeführt werden muß. Schließlich helfen sie bei der Vermeidung von Fehlern und unterstützen dadurch die Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitsatmosphäre[37].

Durch das Aufzeigen dieser Zusammenhänge entwickelt sich das Bewußtsein der Beteiligten für die Ziele der gemeinsamen Arbeit und die Fähigkeit, die eigenen Vorstellungen konkreter zu formulieren. Einen wichtigen Aspekt der Vorbereitungsphase bildet die Orientierung und Ausbildung der beteiligten Personen. Zu diesem Zwecke sollten die Vertreter weiterer hierarchischer Stufen in die Planung einbezogen werden, vor allem Assistenzärzte und Krankenschwestern. Die letzteren werden als zukünftige Gruppenleiterinnen von den eingeleiteten Veränderungen am meisten betroffen, von ihren Fähigkeiten hängt der Erfolg des Entwicklungsprojektes weitgehend ab, hier ergeben sich auch die größten Schwierigkeiten. Es rächt sich jetzt, daß die sich aus den Veränderungen in der Personalstruktur des Pflegedienstes ergebenden Konsequenzen nicht rechtzeitig erfaßt worden sind[38]. Der Einsatz von Pflegerinnen FA SRK und von ausgebildeten Spitalgehilfinnen erfolgte im Akutspital nicht als Teil eines umfassenden Konzepts, sondern unter dem Druck der Personalknappheit und des wenig rationellen Einsatzes der diplomierten Krankenschwestern. Dadurch wurde die Krankenschwester bereits mit ihrer Diplomierung zur Vorgesetzten von ebenfalls qualifiziertem Personal, ohne daß sie genügend darauf vorbereitet worden wäre. Zwar sehen die Richtlinien des Schweizerischen Roten Kreuzes von 1966 als Ausbildungsziele unter anderem vor[39]:

«Die diplomierte Schwester soll fähig sein,

- einer Arbeitsgruppe vorzustehen;
- Schülerinnen und Hilfspflegepersonen anzuleiten und zu führen.»

Im dazu gehörenden Stoffplan wird aber auf die zur Erreichung dieser Ziele führenden Fächer noch zu wenig Gewicht gelegt. Schließlich

---

[36] Vgl. die Definition dieses untersten, noch gerade zu verantwortenden Pflegeniveaus auf S. 36.

[37] Vgl. S. 88.

[38] Vgl. S. 18.

[39] *Schweizerisches Rotes Kreuz,* Richtlinien für die vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen für allgemeine Krankenpflege, Bern 1966, S. 6.

gelten diese Richtlinien erst seit 1966 (mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren), so daß ein Großteil der heute im Beruf stehenden Krankenschwestern davon gar nicht erfaßt wurde. In Anbetracht dieser Umstände bildet die Vorbereitung der zukünftigen Gruppenleiterinnen auf ihre Führungsaufgaben eine wichtige Funktion der Steuergruppe. Die bisherige Erfahrung zeigt, daß dafür der Besuch von Informationstagungen, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft Gruppenpflege durchgeführt werden, nicht genügt. Die besten Ergebnisse konnten mit Praktika der zukünftigen Gruppenleiterinnen in bestehenden Pflegegruppen und zusätzlichen Kurstagen erzielt werden. Als Kursthemen sind dabei vorzusehen: Das Konzept der umfassenden individuellen Pflege; Menschenführung; Einführung von Neuerungen, Widerstände gegen Neuerungen; Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen auf der Pflegeeinheit tätigen Berufsgruppen; Arbeits- und Pflegeplanung; Gesprächsführung allgemein; das Gruppengespräch; Prinzipien der Auswertung geleisteter Arbeit[40, 41].

231 Probleme bei der Einführung

Nach Abschluß der Vorbereitungsphase kann schließlich im Rahmen der allgemeinen Planung, die auch über die zeitliche Dimension der aufgestellten Projekte Aufschluß geben sollte, mit der Einführung der Gruppenpflege begonnen werden. Mit Vorteil beschränkt man sich dabei zu Beginn auf einige Versuchseinheiten.

Die Probleme, welche bei der Einführung der Gruppenpflege auftreten, lassen sich nach der einleitend erwähnten Gliederung der verschiedenen Veränderungsarten unterscheiden[42]. Als erstes fallen bereits

---

[40] Zur Notwendigkeit einer gründlichen Vorbereitung der Gruppenleiterinnen vgl. auch:

- CORONA, DOROTHY F., BLACK, EUNICE E., One Hospital's Approach to Team Nursing, Nurs. Outlook *11*, 506–507, July 1963.
- WILLIAMS, MARGARET AASTERUD, The Myths and Assumptions about Team Nursing, Nurs. Forum *3*, 461–473, 1965.
- FOET, J., Team Nursing: Inservice Education for the Team Leader, Hosp. Progr. *45*, 31–34, April 1964.

[41] Zum Konzept der Gruppenpflege:

- SWANSBURG, RUSSEL C., Team Nursing, A Programmed Learning Experience, 4 vol., New York 1968.
- LAMBERTSEN, ELEANOR C., Nursing Team Organization and Function, New York 1961.
- KRON, THORA, Nursing Team Leadership, 2nd ed., London 1966.

[42] Vgl. S. 96.

bei der Situationsanalyse und vor allem dann bei der Mitarbeit der Entwicklungshelferin die unterschiedlichen Arbeitsweisen des Pflegepersonals auf. Nicht selten werden bestimmte Pflegeverrichtungen aus Unkenntnis, Nachlässigkeit oder Arbeitsüberlastung unsachgemäß ausgeführt. Hier helfend einzugreifen, erfordert von der Entwicklungshelferin viel pädagogisches Geschick. Weitere Probleme ergeben sich aus den Mängeln in der Organisation der Arbeit. Wenn auch aufgrund der Situationsanalyse verschiedene Maßnahmen eingeleitet worden sind, zeigen sich in der Anfangsphase immer noch verschiedene Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Arbeit unter die Angehörigen der verschiedenen Pflegeberufe, in der Gestaltung des Tagesablaufs und der Zusammenarbeit mit Ärzten. Wie stark die überkommenen Verhaltensweisen noch nachwirken, zeigen auch die Erfahrungen in einem Spital, fünf Monate nach Einführung der Gruppenpflege, allerdings ohne den Einsatz einer Entwicklungshelferin, wo festgestellt wurde, daß eine Gruppe wieder zum Zimmersystem zurückgekehrt war[43]; die «Gruppenpflege» beschränkte sich auf gemeinsame Rapporte zur Planung der Arbeit. Eine andere Gruppe war zum Funktionspflegesystem übergegangen. Die Unsicherheiten der Gruppenleiterinnen führen dazu, daß sie möglichst viele Arbeiten selber übernehmen, sich dadurch aber überlasten und den übrigen Gruppenmitgliedern keine Entfaltungsmöglichkeiten schaffen[44]:

«Die Gruppenleiterinnen planten die Arbeit ihrer Gruppe allein. Morgens wurden gemäß dem vorliegenden Plan die einzelnen Verrichtungen zugeteilt. Einige Schülerinnen beklagten sich über die fehlende Möglichkeit, die eigene Arbeit selber einzuteilen. Die vor diese Aufgabe gestellten Gruppenleiterinnen vermögen zwar mit einiger Mühe mit der Zeit einen vernünftigen Plan aufzustellen, sind aber überfordert, wenn sie diese Fähigkeit andern vermitteln sollen. Die Vorausplanung der Arbeit ist etwas ganz Neues im Pflegebetrieb.»

Am größten sind die Probleme, welche sich durch die mit der Gruppenpflege verbundenen Änderungen in der Prinzipiengestaltung ergeben. Hier lassen sich auch nach einigen Monaten nur vereinzelte Fortschritte verzeichnen. Dabei zeigen sich nicht nur die erwähnten Probleme im Verständnis dessen, was mit dem Konzept der Gruppenpflege erreicht werden sollte. Dieses Konzept ist vor dem gemeinsam getroffe-

---

[43] STETTLER, SOPHIE, Die Einführung der Gruppenpflege, in: Mitteilungen der Sozialpädagogischen Studiengruppe der Universität Bern, Nr. 22, Dez. 1971, S. 5.

[44] *ebda,* S. 6.

nen Entscheid zur Einführung der Gruppenpflege sowohl mit der Steuergruppe als auch mit den anderen Betroffenen eingehend besprochen worden. Die Probleme liegen aber tiefer, weil sich nun die Lücken bemerkbar machen, welche durch die jahrzehntelang fehlende Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsbegriff, den Zielen von Spitälern und einzelnen Pflegeeinheiten, der eigenständigen Funktion des Pflegedienstes und der angestrebten Pflegequalität bewirkt worden sind[45]. Wir vertreten aber die Meinung, daß gerade diese Schwierigkeiten notwendig sind und fruchtbar gemacht werden können, ergeben sich doch daraus wesentliche Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung. Es scheint nicht als sinnvoll, wenn der Berater oder die Entwicklungshelferin gleich zu Beginn der Arbeit alle diese Grundsatzfragen aufwerfen oder sogar «lösen» wollen, wenn das Verständnis dafür und das Problembewußtsein noch zu wenig entwickelt sind. Erfolgsaussichten bestehen erst, wenn die Beteiligten selber die Notwendigkeit erfahren haben, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen[46].

Besondere Probleme ergeben sich in der Einführungsphase in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten. Wie wir bereits erwähnt haben, zeigt die Praxis, daß die Kader des Pflegedienstes beim Einführen von Neuerungen die Ärzte so wenig wie möglich einbeziehen. Gerade bei der Einführung der Gruppenpflege hat sich aber ergeben, daß mit diesem Vorgehen wesentliche Nachteile verbunden sind. So ist es vorgekommen, daß schlecht orientierte Ärzte das neue Konzept als «Schikaniererei der pflegenden Krankenschwestern» bezeichneten oder abfällige Bemerkungen über den scheinbar mangelnden Arbeitseifer des Pflegepersonals fallen ließen, das sich zur täglichen Gruppenbesprechung versammelt hatte. Offenbar gilt die Meinung, Planen und Auswerten der eigenen Tätigkeit sei keine Arbeit[47]. Möglicherweise liegen aber die Ursachen für dieses Verhalten tiefer. So stellt GINZBERG die Hypothese auf, daß die Ärzte im allgemeinen nur wenig Interesse an einem zweckmäßigen Einsatz der Fähigkeiten des Pflegepersonals hätten. Sie wünschten in ihm lieber einen Assistenten, der

[45] Vgl. dazu S. 26 ff.

[46] Daß die gleichen Probleme auch in den USA auftreten, vermerken CORONA, DOROTHY F., BLACK, EUNICE E., One Hospital's Approach to Team Nursing, Nurs. Outlook 11, 506–507, July 1963.

[47] Diese Beispiele stammen aus Kliniken, in denen die Ärzte aus verschiedenen Gründen nicht am täglichen Gruppengespräch teilnahmen, was ihren Informationsmangel verstärkte.

alles ausführe, was sie von ihm verlangten[48]. Diese Hypothese ist bis anhin noch nicht weiter verfolgt worden. Immerhin hat sich aber in den bisher eingeleiteten Entwicklungsprozessen klar herausgestellt, daß die im Pflegedienst zu lösenden Probleme in gleichem Maße auch die Arbeit der im Krankenhaus tätigen Ärzte betreffen (Gesundheitsbegriff, Zielsetzung, Rolle des Patienten, angestrebte Qualität von Pflege und Behandlung[49]. Aus diesem Grunde ist neuerdings mit Erfolg versucht worden, die Ärzte vermehrt in den Entwicklungsprozeß einzubeziehen[50].

In dieser ersten Entwicklungsphase können aber auch andere latente Konflikte ausbrechen. Sie äußern sich häufig in Diskussionen über Sachfragen; dabei wird vergessen, daß sachliche Probleme wie beispielsweise Kompetenzüberschneidungen «erst dann zu Konflikten zwischen den betroffenen Parteien führen, wenn diese mit den Rechten und Befugnissen ihrer ihnen zugeschriebenen Kompetenzen auch persönliches Machtstreben, Gefühle von Status und Prestige oder Möglichkeiten der persönlichen Freiheit und der weiteren Entfaltung gefühlsmäßig verbinden und sich in irgendwelchen Erwartungen schwer enttäuscht finden[51].»

Da die Gruppenpflege erst in wenigen Spitälern eingeführt worden ist, ergeben sich für die Entwicklungshelferin durch den verhältnismäßig großen Personalwechsel verschiedene Probleme. Einmal braucht die Gruppenentwicklung Zeit, ein einmal erreichter Entwicklungsstand ist aber bei der ständig neuen Zusammensetzung von Gruppen nur schwer zu halten. Zum andern ist das neueintretende Pflegepersonal vorläufig nur in den wenigsten Fällen mit dem Konzept der Gruppenpflege vertraut. So muß die Entwicklungshelferin bei ihrer periodischen Mitarbeit in den Gruppen einen beträchtlichen Teil ihrer Zeit für die Einführung des seit ihrem letzten Besuch neu eingetretenen Personals aufwenden. Dieses Problem könnte durch die Schaffung von «Schleusen-Einheiten» besser gelöst werden. Es handelt sich dabei um Pflege-

---

[48] GINZBERG, ELI, What Nurses Need Is a Chance to Grow, Mod. Hosp. 98, 105, April 1962. Vgl. auch den Hinweis auf VON RECHENBERG auf S. 14.

[49] LÜTH, PAUL, Ansichten einer künftigen Medizin, München 1971, S. 119: «Die Medizin hat ihre Wissenschaftlichkeit auch durch die Reflexion ihrer Ideologien zu erweisen.»

[50] Vgl. die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen, S. 102.

[51] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Methoden der Konfliktlösung, Analyse der Phänomene eines Konflikts, Zeist 1970, S. 1.

gruppen mit entsprechend vorgebildeten Gruppenleiterinnen, in denen neu eintretendes Personal in die Eigenheiten des Spitals und in das Konzept der Gruppenpflege eingeführt wird. Der Einsatz in den Pflegegruppen erfolgt erst im Anschluß an diese Einführung. Damit erspart man neuem Personal die großen Probleme, die sich durch die anfänglichen Unsicherheiten ergeben und vermeidet viele unnötige Fehler. Schließlich gewährleistet eine systematische Einführung der Neueintretenden auch eher ein einheitliches Pflegekonzept in allen Gruppen. Die Notwendigkeit zur Bildung solcher «Schleusen-Einheiten» wird später einmal abnehmen, wenn ein Großteil der Spitäler zum Gruppenpflegesystem übergegangen sein wird und zudem die Schulen der verschiedenen Pflegeberufe ihre Absolventinnen auf das neue Konzept vorbereiten.

232 *Erste Fortschritte*

Eine Auswertung der Ergebnisse der ersten Monate nach der Einführung der Gruppenpflege zeigt, daß vor allem in der Organisation der Arbeit Fortschritte erzielt worden sind:

Fortschritte in bezug auf den Patienten. Die ersten Ansätze zur Planung der Pflege und der Arbeitsverteilung bewirken bald einen ruhigeren Arbeitsablauf auf der Pflegeeinheit. Dabei helfen die sogenannten «prinzipiellen Arbeitsabläufe», also allgemeine Empfehlungen über die Gestaltung des Tagesablaufes. Prinzipielle Tagesabläufe sind lediglich Orientierungsdaten, nie starre Vorschriften. In einem dieser Abläufe finden wir beispielsweise für die Zeit von zehn bis halb zwölf Uhr vormittags die folgenden Angaben: kurze Besprechung mit der Gruppe (wo stehen wir?); Waschen, Betten, Aufnehmen; Therapien, Eingriffe, Clini- und Acetest, Insulininjektionen. Die Bestrebungen der einzelnen Pflegepersonen, ihre Arbeit patientenbezogen zu planen, werden dadurch nicht eingeschränkt. Viele der angeführten Tätigkeiten sind sehr allgemein formuliert (z. B. «Therapien, Eingriffe») und teilweise von der Sache her an bestimmte Zeiten gebunden, beispielsweise Insulininjektionen vor dem Mittagessen. Verschiedentlich hat es sich gezeigt, daß die Ausführung vorgesehener Pflegetätigkeiten wesentlich seltener vergessen worden ist als früher. So kam es vorher ab und zu vor, daß die mit der Essenverteilung beauftragte Spitalgehilfin einem Patienten, der hätte nüchtern bleiben sollen, mangels Informationen das Morgenessen verteilte. Es gelingt auch eher, die beim gleichen Pa-

tienten anfallenden Tätigkeiten zu koordinieren, damit sein Tagesablauf nicht ständig durch kleine Verrichtungen und Handreichungen unterbrochen wird. Dank dem vermehrten Vordenken des Pflegepersonals hat sich bei einer Überprüfung in einer Klinik eine auffallende Abnahme der Zahl von Klingelrufen durch Patienten feststellen lassen. Immerhin dürfen die in der ersten Phase möglich werdenden Verbesserungen in der Pflegequalität nicht überschätzt werden, wenn das Pflegepersonal auch dank der Fortschritte in der Arbeitsorganisation dem Patienten mehr Zeit widmen kann und in jedem Fall das Niveau der sicheren Pflege erreicht wurde.

Fortschritte in bezug auf die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals und den zweckmäßigen Personaleinsatz. Dank dem ruhigeren Arbeitsablauf und dem kompetenzgerechteren Personaleinsatz kann besonders bei den Pflegerinnen FA SRK und den Spitalgehilfinnen fast durchwegs eine größere Befriedigung bei der Arbeit festgestellt werden[52]. Die Arbeitsbefriedigung der Gruppenleiterinnen hängt stark davon ab, wie weit sie den neuen Anforderungen gewachsen sind. Pflegerinnen FA SRK und Spitalgehilfinnen schätzen es besonders, wenn sie auch an den Gruppenbesprechungen teilnehmen können. Nicht selten sind die von ihnen erwähnten Beobachtungen für die Planung der Pflege wesentlich. Obschon vor ihrem Einbezug in die Gruppenbesprechungen gelegentlich Bedenken wegen der Wahrung des Berufsgeheimnisses geäußert wurden, sind bis heute keine Mißbräuche bekannt geworden. Gestützt auf diese Erfahrungen ließe sich für weitere Untersuchungen die Hypothese aufstellen, eine Zunahme der Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals sei durch eine bessere Organisation des Personaleinsatzes zu erreichen.

Fortschritte in bezug auf die Verbesserung der Ausbildungssituation des Lernpersonals. In denjenigen Gruppen, deren Fähigkeiten im Führen des Gruppengesprächs sich gut entwickeln, entstehen für die Schülerinnen und Schüler aller Pflegeberufe viele zusätzliche Lernsituationen. Ihre Fragen können durch die Gruppenleiterin oder den anwesenden Arzt beantwortet werden. Ferner erlaubt die Arbeitsplanung eher,

[52] Bericht einer Entwicklungshelferin über eine Gruppe, zwei Monate nach Beginn der Einführung der Gruppenpflege: «Die Gruppenmitglieder teilten mir mit, daß sie sich wohler fühlen, da sie über alle Patienten der Abteilung Bescheid wissen und in jedem Zimmer zu Hause sind. Die Arbeit sei interessanter geworden; außerdem fühlen sie sich viel mehr für alle und alles verantwortlich, als wenn sie in einem Zimmer isoliert sind.»

die Schülerinnen ihren Praktikumszielen gemäß einzusetzen. Daß mit der Verbesserung der Ausbildungssituation des Lernpersonals auch neue Probleme verbunden sein können, zeigt der Bericht einer Entwicklungshelferin, die von einer Gruppe schreibt, die diplomierte Krankenschwester wisse manchmal nicht, was sie auf die Fragen der Schülerinnen antworten solle. Sie erhielt den Rat, sich entweder die fehlenden Kenntnisse zu erwerben oder die Schülerin zu bitten, sich zu informieren und das Ergebnis dann der ganzen Gruppe mitzuteilen.

233 *Zwischenbilanz*

In der ersten Phase nach der Auslösung des Entwicklungsprozesses stehen vor allem technisch-organisatorische Probleme im Vordergrund. Die Bemühungen um einen zweckmäßigen Personaleinsatz entspringen dem wirtschaftlichen Denken, sie sollen zu einer besseren Verwendung der knappen personellen und finanzeillen Ressourcen führen. Diesen Aspekten des Entwicklungsprozesses wird auch in den nächsten Phasen noch eine wesentliche Bedeutung zukommen, sind sie doch lange Zeit vernachlässigt worden, so daß ein großer Nachholbedarf entstanden ist[53]. Durch die Bildung der Pflegegruppe sind aber die Grundlagen für die Entwicklung eines neuen Aspektes des Krankenhauslebens gelegt – dessen soziale Natur wird nach und nach entdeckt[54]. Diese Gewichtsverlagerung läßt sich auch durch eine Inhaltsanalyse der Gruppengespräche aufzeigen. In der ersten Phase nach der Einführung dreht sich der Inhalt der Gespräche um die technisch-organisatorischen Fragen des Schichtwechsels (Übergaberapport) und die Arbeitsplanung. So setzte sich eine Gruppenleiterin kurz nach der Einführung die folgenden Nahziele: guter Übergaberapport, gute Arbeitsplanung, Auswertung des Arbeitsplans, gute Zusammenarbeit. Die Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern werden rein instrumen-

[53] TLACH, PETER, Die Unternehmung als soziales Gebilde, Industrielle Organisation 40, 538, Dez. 1971: «Im sozialen Gebilde treten beispielsweise die formellen und informellen Beziehungsstrukturen, die Einstellung der Mitarbeiter zueinander und gegenüber der Organisation, die Beziehungen der Menschen, die sich nach außen richten, die Arbeit und das Betriebsklima als soziale Erscheinungen auf.»

[54] BOS, A. H., a. a. O., S. 1: «Die Wirklichkeit (dieses) Betriebsaspekts ist das Beziehungsnetz von Gefühlen der Menschen. (...) Diese Welt der Gefühle läßt sich nicht klar erfassen und beschreiben. Feststellbar sind die Verhältnisse zwischen Büros und Fabrikationsabteilungen, Stab und Linie, Verkauf und Produktion, ‚oben und unten', älterer und jüngerer Generation.»

tal im Hinblick auf die zu erledigende Arbeit gesehen und sind nicht besprechbar. Der Patient erscheint als Arbeit-Geber, was sich bei der Arbeitsplanung beispielsweise in der oft beobachteten Tendenz äußert, funktionsweise und nicht patientenbezogen zu denken. Die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Pflegegruppe werden erst nach einer gewissen Zeit diskutierbar, oft unter dem Druck entstandener Konflikte oder durch das Beispiel der Entwicklungshelferin. Die gerade im Spital ausgeprägte funktionale Teilung der Arbeit unter die verschiedenen Berufsgruppen bleibt in der ersten Entwicklungsphase weiter bestehen. Immerhin vermehren sich die Kontakte, beispielsweise durch die Teilnahme des Arztes am Gruppengespräch.

Die durch die Gruppenpflege möglich gewordene Befreiung des einzelnen von der mit dem Zimmersystem verbundenen Isolierung läßt bei allen Beteiligten die Notwendigkeit gemeinsamer Zielsetzungen bewußt werden. Ferner entsteht durch den beträchtlichen Personalwechsel, wie er im Pflegedienst eines jeden Spitals auftritt, bei immer mehr neu eingetretenen Menschen das Bedürfnis, die geltenden Normen und Prinzipien kennenzulernen. Diese sind bis anhin durch Tradition überliefert worden, nicht schriftlich festgelegt und deshalb kaum besprechbar. Dadurch fühlen sich die neuen Mitarbeiter unsicher, müssen sich bei erfahreren Kollegen «durchfragen», ohne aber über den Einzelfall hinaus das Grundsätzliche erkennen zu können.

Damit sind mögliche weitere Entwicklungsschritte vorgezeichnet. Einerseits bleiben verschiedene technisch-organisatorische Fragen zu lösen, andererseits gilt es, die sozialen Beziehungen innerhalb des Pflegedienstes und zwischen dem Pflegedienst und den Angehörigen der anderen Berufsgruppen neu zu gestalten. Wenn diese beiden Aufgaben befriedigend gelöst sind, sollten schließlich genügend Kräfte frei werden, um ein nächst höheres Niveau der Pflegequalität anzustreben.

24 Weitere Entwicklungsschritte

240 Vorbemerkung

Ob überhaupt weitere Entwicklungsschritte übernommen werden sollen und wohin sie allenfalls führen, kann nur in der Steuergruppe entschieden werden. Es ist denkbar, daß sie aus äußeren Gründen (sich verschärfender Personalmangel) oder mangels weiterreichender Kon-

zepte auf weitere Maßnahmen verzichtet, diese vielleicht nur auf eines der Ziele beschränkt, beispielsweise den wirtschaftlichen Personaleinsatz. Damit würde nur der organisatorische Aspekt der Gruppenpflege verwirklicht, nicht aber die mit diesem Konzept verbundene Vorstellung über die anzustrebende Pflegequalität[55]. Dieser Ausgang ist aber angesichts der von außen an das Spital herangetragenen Forderungen (Dämpfung der Kostensteigerung, «Hauptsache ist, alle Patienten können aufgenommen werden») gar nicht so unwahrscheinlich. Von der Notwendigkeit weiterer Entwicklungsschritte überzeugt, wollen wir nachstehend darstellen, worin sie bestehen könnten. Der dafür einzusetzende Zeitraum wird mehrere Monate, wenn nicht gar Jahre betragen.

241 *Die Ziele und Arbeitsprinzipien einer Klinik*

Durch die Einleitung eines Entwicklungsprozesses sind vermehrt Fragen nach den Zielen und Prinzipien der eigenen Arbeit aufgetaucht. Zudem bringt die Bildung verhältnismäßig autonomer Pflegegruppen auch eine Veränderung des Führungsstils mit sich, indem Grundsatzentscheide nicht mehr im Aktivitätsbereich der Stations- und Oberschwestern begrenzt bleiben können, sollen sie in den einzelnen Pflegegruppen wirksam werden. Aus diesen Gründen wird man sich in jeder Klinik nach einer ersten Entwicklungsphase auf die Grundlagen des eigenen Handelns besinnen müssen. Die Steuergruppe des Entwicklungsprozesses kann diese Selbstbesinnung fördern, indem sie beginnt, Fragen zu stellen. Die Erfahrung zeigt, daß zu Beginn dieser Phase mit Vorteil besondere Merkmale, Stärken und Schwächen, aufgezeigt und diskutiert werden. Ein solches besonderes Merkmal bildet beispielsweise die Tatsache, daß eine Klinik jede zweite Woche den Notfalldienst für eine Region zu übernehmen hat. Daraus ergibt sich sofort die Frage, wer in der Notfallwoche aufgenommen wird und welche Stellen zur notfallmäßigen Einweisung von Patienten zuständig sind. Welche Ausweichmöglichkeiten bestehen, wenn keine Betten mehr frei sind, wohin werden Patienten mit Infektionskrankheiten verlegt? Wer trifft die notwendig werdenden Entscheidungen? Der Umstand, daß eine Klinik Notfallstation ist, bringt aber noch weitere Auswirkungen mit sich: Ist das Personal für Notfallsituationen geschult? Wer ist dafür ver-

[55] Vgl. S. 100.

antwortlich? Wer betreut das Material für Notfallsituationen? Welche Vorkehrungen sind getroffen, wenn Platznot herrscht; werden allenfalls andere Patienten früher entlassen? Nach und nach entsteht dadurch ein Bild der Prinzipien, welche für diesen Bereich gelten. Neue Fragen tauchen auf und müssen besprochen werden[56]: Wer entscheidet über die Aufnahme von Patienten, die nicht notfallmäßig ins Spital eintreten, wer bietet sie auf? Nach welchen Kriterien wird entschieden, auf welche Pflegeeinheit ein Patient verlegt wird; wann und durch wen erfährt dies die betreffende Pflegeeinheit? Der Kreis der angeschnittenen Probleme weitet sich immer mehr aus, so daß früher oder später alle die Klinik berührenden Fragen zur Diskussion gelangen.

Im Laufe dieser Besprechungen werden bei den Mitgliedern der Steuergruppe Zweifel auftauchen, ob das gewählte Vorgehen richtig sei. Können für eine einzelne Klinik oder gar für eine Pflegeeinheit Ziele und Arbeitsprinzipien formuliert werden, ohne daß die übergeordnete Einheit, das Gesamtspital, bereits die für alle Kliniken maßgebenden Rahmenentscheide getroffen hat? Sofern eine Klinik einer Schule für Pflegepersonal als Ausbildungsstation dient, müßten auch deren Zielsetzungen und Grundsätze mit in die Klinikziele einbezogen werden können. Das hier dargestellte Beratungskonzept, welches mit der Absicht verbunden ist, einen Entwicklungsprozeß in Gang zu bringen, die Entwicklungsrichtung und das Entwicklungstempo aber von den direkt Betroffenen nach deren eigenen Bedürfnissen bestimmen läßt, ist auch mit der vorherigen Festlegung von Klinikzielen vereinbar. Sicher wäre es in verschiedener Hinsicht vorteilhafter, auf der Ebene des Gesamtspitals zu beginnen, doch ist davon abzusehen, wenn das Problembewußtsein der Spitalleitung noch ungenügend entwickelt zu sein scheint[57, 58]. Es wird die Aufgabe einiger weniger «Pionier»-

---

[56] In der ersten Phase, wo Fragen der Organisation und der Prinzipiengestaltung noch stark vermischt auftreten, etwa die Problemkreise Information des Patienten, Abgrenzung von Zielen, Verhalten bei Zielkonflikten, Verlegung und Austritt von Patienten, Zusammenarbeit Pflegepersonal-Ärzte-Sozialarbeiterin-Therapeutin-Spitalpfarrer u. a. m.

[57] Vgl. dazu auch: MÜLLER, WALTER, Grundzüge einer Lehre von der Unternehmungspolitik, Die Unternehmung *21*, Nr. 1, Jan. 1967. ZANGEMEISTER, CHRISTOF, Grundsätze zur Aufstellung eines Zielsystems, Industrielle Organisation *39*, 293–298, Juli 1970.

[58] WASYLUKA, RAY G., New Blood for Tired Hospitals, Harvard Business Review Sept.-Oct. 1970, S. 65 und 69: «Hospitals need real management skills, not just titular management that rubber stamps the recommendations of the med-

Kliniken sein, neue Lösungen zu erarbeiten und in weiteren Kreisen zur Diskussion zu stellen. In dieser Entwicklungsphase können ohnehin nur Teilaspekte des Gesamtproblems gelöst werden, deren Realisierung kurzfristig möglich erscheint. Mittel- und langfristige Lösungen bedürfen einer Vorbereitung auf landesweiter Ebene, sei es in den Berufsverbänden, im Rahmen der überregionalen Krankenhausplanungen und einer nationalen Gesundheitspolitik, oder in den für die Regelung der Ausbildung in den Pflegeberufen zuständigen Gremien und den Schulen für Pflegepersonal.

242 *Der Patient als Mittelpunkt pflegerischer Aktivität*

Die weiteren Entwicklungsschritte auf dem Gebiet der eigentlichen Krankenpflege und -behandlung erstrecken sich einerseits auf die Gestaltung der Beziehungen zwischen den Angehörigen der verschiedenen auf der Pflegeeinheit tätigen Berufsgruppen, vor allem der Ärzte und des Pflegepersonals, andererseits auf die zu verändernde Stellung des Patienten. Beide Bereiche sind eng miteinander verflochten, ihre Neugestaltung leitet die dritte Entwicklungsphase des Pflegedienstes ein[59].

242.1 *Der Begriff von Gesundheit und Krankheit und die ärztliche Anamnese.* Soll der Mensch und nicht nur seine Krankheit zum Mittelpunkt pflegerischer und ärztlicher Aktivität werden, müssen wir von der «dinghaften Annahme (abkommen), daß Krankheit eine Sache ist, welche mit dem Patienten, seiner Persönlichkeit, der körperlichen Konstitution oder der Lebensweise nichts zu tun hat» (Engel)[60]. Eine solche Neuorientierung des Handelns hätte sich bereits bei der Anamneseerhebung durch den Arzt auszuwirken, indem somatische und psychisch-soziale Aspekte nicht mehr gesondert erfaßt würden. Zu diesem Zweck schlägt ADLER das folgende Interview-Schema vor[61]:

«(...) Die ersten zwei Schritte sollen dem Patienten von Beginn an das warme und wohlwollende Interesse des Arztes verraten. (...) Dritter Schritt: Der Patient

---

ical staff. (...) The management resources of ordinary business organizations should be injected into the power structure of some hospitals so that at least some hospitals will be able to provide the service that the businessman perceives as being desired by the consumer.»

[59] Vgl. S. 50.

[60] Vgl. S. 29.

[61] ADLER, ROLF, Eine Anamnesetechnik zur integrierten Erfassung psychischer und somatischer Befunde für Nicht-Psychiater, Die medizinische Welt, im Druck.

wird mit einer ‚offenen' Frage (...) angeregt, alle seine Beschwerden und den Grund für das Aufsuchen des Arztes in *seinen* eigenen Worten zu schildern. Dieser Schritt versichert dem Patienten, daß er sich frei äußern darf. Er umfaßt die Hauptbeschwerden und Probleme, ihre wichtigsten zeitlichen Zusammenhänge, gibt einen Überblick über die derzeitigen Lebensumstände, die bedeutsamen Bezugspersonen und vermittelt einen Eindruck vom ‚Stil' des Patienten und seiner Persönlichkeit. (...) Vierter Schritt: Der Arzt erforscht das jetzige Leiden. Er erhellt jedes der bei Schritt 3 erwähnten Symptome nach seinem zeitlichen Auftreten (a), seiner Qualität (b) und Intensität (c), der Lokalisation und eventuellen Ausstrahlung (d), dem Zusammenhang mit andern Beschwerden (e), den Umständen, unter denen es auftritt (f), sich intensiviert und mildert (g); (a) bis (g) sind die ‚sieben Dimensionen' des Symptoms. Handelt es sich nicht um ein eng umschriebenes Symptom bei einem bis dahin ganz gesunden Individuum, (...) dann kommt der Patient während seiner Schilderung spontan auf frühere Krankheiten (5. Schritt), die Gesundheit seiner Angehörigen (6. Schritt), seine persönliche Entwicklung (7. Schritt) und seine sozialen Lebensumstände zu sprechen (8. Schritt).»

Der Autor betont, es gebe seiner Ansicht nach keine psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne, vielmehr würden sich bei jedem Leiden psychische, biochemische, physiologische und andere Faktoren in wechselndem Ausmaß durchflechten[62]. Zudem könne einem körperlichen Symptom nicht angesehen werden, wodurch es bedingt sei. Aus diesem Grunde schlägt er vor, jeder ins Spital eintretende Patient sei nach der dargelegten Weise zu befragen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob nicht auch dem Pflegepersonal bei der Anamneseerhebung und deren Vervollständigung während des Spitalaufenthalts des Patienten eine wichtige Funktion zukomme. In der Tat betonen viele Autoren die Wichtigkeit einer Pflege-Anamnese (nursing history), deren Zielsetzung ihrer Meinung nach von den Zielen der ärztlichen Anamnese abweicht.

242.2 Die Pflegeanamnese. Mc PHETRIDGE sieht die Pflegeanamnese als Mittel zur Individualisierung der Krankenpflege[63]. Sie betont, die Pflegeanamnese lege ein besonderes Gewicht auf die Bedeutung, welche Krankheit und Spitalaufenthalt für den Patienten und seine Familie hätten, um so die Grundlagen für die Planung der Pflege zu ge-

[62] ADLER, ROLF, Die Kurztherapie in der nichtpsychiatrischen Klinik, Médecine et Hygiène *30*, 157, Feb. 1972.

[63] Mc PHETRIDGE, MAE, Nursing History: One Means to Personalize Care, Amer. J. Nurs. *68*, 68, Jan. 1968: «Any usable nursing history should identify the patient's perception and expectations related to his illness, hospitalization, and care. The history also should furnish clues to the patient's ability to meet his personal needs and to cope with problems he faces. From such data, the nurse can deduce the amount and kind of nursing assistance he requires.»

winnen. Sie grenzt damit die Pflegeanamnese von der ärztlichen Anamnese ab, der sie lediglich die Aufgabe zuweist, pathologische Faktoren zu erkennen. Sie erläutert diesen Unterschied mit dem Ausspruch eines Patienten, der sich während der Pflegeanamnese darüber gefreut habe, daß sich nun jemand auch für ihn selber und nicht nur für seine Krankheit interessiere. Mc Phetridge räumt zwar ein, daß auch der Arzt an der Einstellung des Patienten zur Krankheit interessiert sei wie die Krankenschwester an pathologischen Befunden, verneint aber die Möglichkeit, beides in der gleichen Anamnese zu erfassen. Die Bestrebungen vor allem amerikanischer Krankenschwestern, für den Pflegedienst eine eigene Anamnese zu erheben, scheinen teilweise das Unvermögen der mit ihnen zusammenarbeitenden Ärzte korrigieren zu wollen, umfassende Anamnesen zu erheben; andererseits entspringen sie dem Bestreben, damit die Eigenständigkeit der Funktion des Pflegepersonals zu belegen. Dieser Leitgedanke zeigt sich sowohl bei den Ausführungen von JOHNSON[64] als auch bei ABDELLAH[65].

Sicher wäre es falsch, wollte man das nach mehr Informationen über den Patienten suchende Pflegepersonal ausschließlich auf die ärztliche Anamnese verweisen. Selbst wenn der Arzt Persönlichkeit und Lebensweise des Patienten in seine Anamnese einbezieht, wird er doch dessen tägliche Lebensgewohnheiten nur unvollständig erfassen. Wenn in einer Pflegeeinheit aber das Ziel angestrebt wird, der Patient müsse Mittelpunkt der pflegerischen Aktivität sein, wird man ihm erlauben, möglichst viele seiner Lebensgewohnheiten weiterzuführen. Zu diesem Zweck müssen seine Lebensgewohnheiten dem Pflegepersonal bekannt

---

[64] JOHNSON, DOROTHY A., Nursing Service, Hosp. *42*, 116, April 1, 1968: «Acceptance of nurses' assessments of patients' nursing needs, establishment of nursing diagnoses, formulation and execution of a plan of nursing care based on that diagnosis as an independent function of nursing practice (and as necessary adjunct to the physician's plan of care) is an established practice in a great many hospitals, even if not so stated in all the state nurse practice acts, although it is so stated in some.»

[65] ABDELLAH, FAYE G., The Nature of Nursing Science, Nurs. Res. *18*, 391, Sept.–Oct. 1969: «Fundamental to the development of a nursing science is the nurse's ability to make a nursing diagnosis and prescribe nurse actions or strategies that will result in specific responses in the patient. Nursing diagnosis is a determination of the nature and extent of nursing problems presented by individual patients or families receiving nursing care. The position is taken that it is an independent function of the professional nurse to make a nursing diagnosis and to decide upon a course of action to be followed for the solution of the problem.»

sein – und darin besteht die Rechtfertigung einer besonderen Pflegeanamnese. Es soll abgeklärt werden, inwieweit der Patient selbständig geblieben ist und wo er der Unterstützung des Pflegepersonals bedarf.

Die vom Arzt anläßlich des Eintritts erhobene Anamnese enthält demnach Elemente, welche sowohl für ihn als auch für das Pflegepersonal wichtig sind. Andere Informationen betreffen unmittelbar nur den ärztlichen Bereich, während das Pflegepersonal durch die Pflegeanamnese diejenigen Angaben erhält, die in erster Linie seinen spezifischen Arbeitsbereich berühren. So kann man vermeiden, daß dem Patienten kurz nach seinem Eintritt ins Spital von verschiedenen Personen mehrmals die gleichen Fragen gestellt werden.

Mit einer so gestalteten Arbeitsteilung kann auch der Gefahr begegnet werden, die stark ausgeprägte, fast kastenartige Aufgabengliederung zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten noch zu verstärken[66]. Die Funktionen dieser beiden und auch der übrigen auf der Pflegeeinheit tätigen Berufsgruppen lassen sich nicht isoliert voneinander, sondern nur miteinander in bezug auf die gemeinsame Arbeit und die gemeinsamen Zielsetzungen definieren[67]. Es wird allerdings noch langer Bemühungen bedürfen, bis sich diese Erkenntnis allgemein durchgesetzt hat. Im gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Krankenschwestern und ihre Berufsverbände noch damit beschäftigt, ihre Identität neu zu definieren, welche durch die Abspaltung immer weiterer Berufe aus dem ursprünglich viel umfassenderen Pflegeberuf bedroht zu sein

---

[66] Zur Gestaltung der bei der Pflegeanamnese verwendeten Formulare und Vorgehensweisen vergleiche:
- CHAMBERS, WILDA, Nursing Diagnosis, Amer. J. Nurs. *62*, 102–104, Nov. 1962.
- ROTHBERG, JUNE S., Why Nursing Diagnosis? Amer. J. Nurs. *67*, 1040–1042, May 1967.
- SMITH, DOROTHY M., A Clinical Nursing Tool, Amer. J. Nurs. *68*, 2384–2388, Nov. 1968.
- HORNUNG, GERTRUDE J., The Nursing Diagnosis – An Exercise in Judgment, Nurs. Outlook *4*, 29–30, Jan. 1956.

[67] Vgl. die Umschreibung der eigenständigen Funktion des Pflegepersonals im Rahmen des sozialen Systems Arzt-Pflegepersonal-Patient S. 32 ff., ferner SHEPS, CECIL G., BACHER, MIRIAM E., Nursing and Medicine. Emerging Patterns of Practice, Amer. J. Nurs. *64*, 108, Sept. 1964: «Physicians and nurses must function with a more consistent understanding of each other's capacities, limitations, and potentials. This means that, in daily contact, responsibilities must be assumed from the vantage point of the integrated functioning of the patient care program as a whole rather than from a vantage point which represents fragmented needs and limited orientation.»

scheint[68]. Dabei wird vorderhand wohl dem Trennenden mehr Gewicht beigemessen werden als der gemeinsamen Zugehörigkeit zu einer Leistungseinheit. So wird man sich vorläufig damit begnügen müssen, Situationen zu schaffen, welche das Erkennen der Gemeinsamkeiten erleichtern, beispielsweise durch die Teilnahme des Arztes an der täglichen Gruppenbesprechung.

242.3 *Die Krankenpflege als Problemlösungsprozeß.* Wir haben die Anamnese als Mittel kennengelernt, die mit der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten verbundenen Probleme aufzudecken. Krankenpflege wird damit zum Problemlösungsprozeß[69], der sich in verschiedene Phasen unterteilen läßt[70]. Nach dem Erkennen der Pflegeprobleme und der Bedürfnisse des Patienten gilt es, Ziele zu setzen und einen Plan für die Zielerreichung aufzustellen[71].

Weder für das eine noch für das andere sind die Krankenschwestern heute genügend geschult. Die bisher durchgeführten Versuche, eine Pflegeanamnese vorzunehmen und einen Pflegeplan aufzustellen – sie bestanden in einer entsprechenden Erweiterung der Kardexformulare und einer Instruktion der Krankenschwestern – sind fast vollständig gescheitert. Bei einer Reihenuntersuchung von hundert Kardexformularen aller im Laufe eines Monats aus einer Klinik ausgetretenen Patienten überprüften wir, wie weit darin die pflegerischen Probleme der Patienten festgehalten waren. Die Auswertung ergab, daß dies nur gelegentlich zutraf. Die erwähnten Probleme betrafen vor allem die Mobilität der Patienten, sprachliche und Gehörschwierigkeiten und besondere Essensprobleme, also alles sogenannt offene Pflegeprobleme. Verdeckte Pflegeprobleme, wie soziale oder familiäre Schwierigkeiten

---

[68] Berufe im Bereich des Labors, der Röntgendiagnose und -therapie, Sozialarbeiterinnen, Ergo- und Physiotherapeutinnen, Apothekenhelferinnen in der Spitalapotheke.

[69] ABDELLAH, BELAND, MARTIN und MATHENEY, Patient-Centered Approaches to Nursing, New York 1960, S. 80: «Nursing is concerned with helping patients solve health problems. It is therefore a problem-solving process related to health.»

[70] MEYER, BURTON, HEIDGERKEN, LORETTA E., Introduction to Research in Nursing, Philadelphia 1962, S. 18: «(1) The appearance of a problem – a ‚felt difficulty'. (2) The location and definition of the problem. (3) The determination of solutions. (4) The testing and elimination of solution by reasoning. (5) The testing of the remaining solution in actual practice.»

[71] Vgl. dazu auch unsere Ausführungen über das Erkennen pflegerischer Probleme auf S. 54 ff., ferner MC PHETRIDGE, MAE, Nursing History: One Means to Personalize Care, Amer. J. Nurs. *68*, 69, Jan. 1968.

oder Probleme, die sich aus der Tatsache ergaben, daß jemand krank oder hospitalisiert war, fehlten fast vollständig, obschon auch solche bestanden[72]. Eine nähere Auswertung der Ergebnisse ergab, daß nach Meinung der befragten Krankenschwestern mündlich besser orientiert würde und die Hauptschwierigkeit vieler darin bestand, sich schriftlich klar und genau auszudrücken und dennoch kurz zu fassen[73]. Die tieferliegende Ursache für das Scheitern dieser Versuche dürfte aber vor allem im Umstand liegen, daß sie in einem Zeitpunkt unternommen wurden, in dem die Krankenschwestern noch zu stark mit organisatorischen Fragen beschäftigt waren. Das Denken in Problemlösungsprozessen setzt zudem die Fähigkeit voraus, die eigene Arbeit kritisch zu beurteilen. Dadurch sollten auch die gegenseitigen Beziehungen innerhalb der Pflegegruppe besprechbar gemacht werden.

243 *Die laufende Auswertung der Arbeit als Entwicklungs-Hilfe*

Wie wir bereits bei der Beschreibung der Funktion der Entwicklungshelferin erwähnt haben, arbeitet diese nicht nur tageweise in den einzelnen Gruppen als überzähliges Mitglied mit, sie hilft in dieser Zeit den Gruppenmitgliedern auch bei der Auswertung der geleisteten Arbeit[74]. Die Selbstbeurteilung innerhalb der Gruppe ist für alle etwas Neues, die dazu notwendigen Fähigkeiten wurden bis anhin weder während der Schulzeit noch in der Berufsausbildung gefördert. Die Auswertung erstreckt sich auf alle Bereiche der Arbeit und alle Ziele: Pflegequalität, wirtschaftlicher Personaleinsatz, Arbeitsbefriedigung des

---

[72] Zur Unterscheidung von offenen und verdeckten Pflegeproblemen vgl. MATHENEY, NOLAN, EHRHART und GRIFFIN, Fundamentals of Patient-Centered Nursing, St. Louis 1964, S. 27.

[73] Zur Gestaltung von Pflegeplänen vgl. im übrigen:

- WOOD, M. MARIAN, Guide to Better Care ... A Nursing Plan, Amer. J. Nurs. *61*, 61–62, Dec. 1961.
- LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Planning, Philadelphia 1969.
- LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Plans: Let's Be Practical About Them, Nurs. Forum 6, 61–76, 1967.
- RANDALL, MARY T., TACKE, BELDORA, A Comprehensive Nursing Care Plan, Nurs. Outlook 9, 767–768, Dec. 1961.
- KELLY, NANCY CARDINAL, Nursing Care Plans, Nurs. Outlook *14*, 61–64, May 1966.
- WAGNER, BERNIECE M., Care Plans, Right, Reasonable, and Reachable, Amer. J. Nurs. 69, 986–990, May 1969.

[74] Vgl. dazu S. 103.

Personals und Ausbildungssituation des Lernpersonals. Personalpolitische Ziele wie Lohnfindung, Anträge zur Beförderung sind damit normalerweise nicht verbunden. Als Selbst-Auswertung soll sie den Gruppenmitgliedern helfen, den eigenen Entwicklungsstand zu erkennen und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Sie kann ergänzt werden durch die Fremdauswertung der Entwicklungshelferin oder von außenstehenden Experten, welche den Fortschritt eines Projektes zu beurteilen versuchen. Der völlige Verzicht auf eine Selbstauswertung würde aber Entwicklungsprozesse innerhalb der Pflegegruppe verhindern.

Die erste Funktion der Auswertung bildet die *Beurteilung der Pflegequalität*. Im Unterschied zu den im zweiten Teil beschriebenen Verfahren, von denen die meisten eine Fremdauswertung voraussetzen, sind mit der Selbstauswertung nicht normative, sondern unmittelbar praktische Ziele verbunden. In der ersten Phase nach der Einführung der Gruppenpflege soll durch die Beurteilung der Pflegequalität das Hauptaugenmerk von der «Bewältigung der Arbeit» weg zum Patienten gerichtet werden. Diese Aufgabe wird, wie die gescheiterten Versuche, das Pflegepersonal kurzfristig auf das Erkennen pflegerischer Probleme vorzubereiten, gezeigt haben, Jahre beanspruchen. Sie wird zwar durch den neuerdings vermehrt darauf ausgerichteten Unterricht in den Krankenpflegeschulen unterstützt, doch bedarf das Lernpersonal auch des guten Vorbildes während der Praktika. Die zur Beurteilung der Pflegequalität verwendeten Verfahren sind demnach möglichst einfach zu gestalten; sie sollten zudem wenig Zeit in Anspruch nehmen. Um das Pflegepersonal nicht zu überfordern, empfiehlt es sich, vorerst nur Teilbereiche der erbrachten Pflege zu beurteilen. Falls zur Bildung dieser Teilbereiche aber einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen herausgegriffen würden, blockierte man die angestrebte Hinwendung zum Patienten. So wird man zuerst nur die einem einzelnen Patienten erbrachte Pflege zu beurteilen versuchen. Es kann der Patient sein, bei dessen Pflege man im Laufe der Beobachtungsperiode (z. B. einer Woche) am meisten oder am wenigsten Erfolg zu haben glaubt. In diesem Fall können die Gründe für das Gelingen oder Mißlingen untersucht und allenfalls auf andere Patienten übertragbare Schlußfolgerungen gezogen werden. Eine andere Gruppe bestimmt vielleicht zum voraus einen Patienten, auf dessen Probleme und Pflegebedürfnisse sie besonders gut achten will, um gestützt darauf individueller pflegen zu kön-

nen. Diese Beurteilung der Pflege und die Planung des weiteren Vorgehens erfolgen während des Gruppengesprächs und nehmen, täglich durchgeführt, nur wenig Zeit in Anspruch. Nach und nach wird sich dadurch die Einstellung des Pflegepersonals und der mit Vorteil einbezogenen Ärzte zur Arbeit ändern. Ein solcher Wandel zeigt sich beispielsweise daran, daß im Laufe des Gruppengesprächs bewußt zwischen Arbeitsplanung (Regelung der Arbeitsteilung für einen Tag) und Pflegeplanung (patientenbezogener Problemlösungsprozeß für die Dauer des Spitalaufenthalts und die Vorbereitung auf die Phase nach dem Spitalaustritt) unterschieden wird. Je nach den erzielten Fortschritten wird die Gruppe nach einigen Wochen oder Monaten langsam dazu übergehen, ihre veränderte Haltung und Arbeitsweise bei allen Patienten wirksam werden zu lassen. Die dabei auftauchenden grundsätzlichen Fragen über umfassende individuelle Pflege, Pflegeanamnese und -planung können im Rahmen der innerbetrieblichen Schulung vertieft besprochen werden, so daß sich die Erfahrungen aus der Arbeitssituation mit den dahinterstehenden Konzepten gegenseitig ergänzen. Die Entwicklungshelferin trägt an den Tagen, an denen sie während der Einführungsphase in der Gruppe mitarbeitet, ihre eigenen Beobachtungen zur Auswertung bei. Da sie nur von Zeit zu Zeit mithilft, kann sie als Außenstehende eher die Fortschritte beurteilen, die demjenigen verborgen bleiben, der täglich mitarbeitet. In größeren Zeitabständen, zum Beispiel jährlich einmal, kann mittels der im zweiten Teil erwähnten Verfahren durch außenstehende Beobachter das Leistungsniveau der einzelnen Pflegegruppen beurteilt werden. Die Ergebnisse dieser Beurteilung vermitteln den Gruppenmitgliedern wertvolle Anhaltspunkte und Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Gruppen und liefern die Grundlage für die Planung der Programme der innerbetrieblichen Schulung. Sie geben auch Anstöße für besondere Anstrengungen in einzelnen Bereichen, wie sie im zweiten Teil beschrieben worden sind[75]. Schließlich können die Patienten wie anläßlich der Situationsanalyse laufend oder periodisch über ihre Eindrücke zur erhaltenen Pflege befragt werden. Es wird späteren Entwicklungsphasen vorbehalten bleiben, die Patienten selber viel stärker in den der Planung vorangehenden Willensbildungsprozeß einzubeziehen.

Eine zweite Aufgabe der Selbstauswertung innerhalb der Pflege-

[75] Vgl. dazu etwa Pride (S. 55), Thompson (S. 58), Schwartz (S. 58), Moss und Meyer (S. 60), Mc Bride (S. 61).

gruppe bildet die *Beurteilung der Zweckmäßigkeit des Personaleinsatzes.* Auch in diesem Bereich unterscheiden sich die Verfahren zur Selbstauswertung durch ihre einfachere Gestaltung und den geringeren zeitlichen und personellen Aufwand von den Methoden der Fremdauswertung. So kann jede Woche ein anderes Mitglied der Pflegegruppe in den Mittelpunkt gerückt werden. Die Gruppe beobachtet, inwieweit es gemäß der Arbeitsplanung und seiner Stellenbeschreibung eingesetzt ist, wo Konflikte und Probleme entstanden sind. Die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin, dem Spitalpfarrer, den Ergo- und Physiotherapeutinnen sowie den medizinisch-technischen Bereichen kann ebenfalls zum Gegenstand der Auswertung gemacht werden. Diese Möglichkeit besteht auch für das Gruppengespräch selber. Allerdings ist für die Auswertung eines Gespräches eine gründliche Vorbereitung zu empfehlen, die beispielsweise während des allgemeinen Einführungskurses für Gruppenleiterinnen[76] oder im Rahmen der innerbetrieblichen Schulung vermittelt werden kann[77]. In der Praxis hat es sich bewährt, wenn zu diesem Zwecke einzelne Gruppengespräche auf Tonbändern festgehalten wurden. Diese Bänder können zu Ausbildungszwecken sowohl von der aufgenommenen wie von weiteren Gruppen abgehört werden. Der Vergleich zeitlich auseinanderliegender Aufnahmen läßt ferner Entwicklungsfortschritte deutlich erkennen. Mittels Multimomentaufnahmen ist es auch möglich, durch außenstehende Beobachter periodisch Erhebungen über die Zweckmäßigkeit des Personaleinsatzes durchzuführen. Schon die Aufteilung der Arbeit der verschiedenen Personalkategorien auf die Bereiche direkte Pflege, indirekte Pflege, Information und Ausbildung des Personals, Verwaltung der Abteilung und persönliche Verrichtungen gibt im Vergleich mit den Ergebnissen früherer Erhebungen wichtige Aufschlüsse über erzielte Fortschritte und noch nicht gelöste Probleme[78]. Schließlich sei noch auf die Möglichkeiten hingewiesen, wie das Pflegepersonal und die Ärzte ihre gegenseitigen Beziehungen besprechen und nötigenfalls bewußter gestalten können[79].

---

[76] Vgl. S. 112.

[77] Vgl. dazu STETTLER, SOPHIE, Das Gruppengespräch, Zeitschrift für Krankenpflege 64, 233–234, Juni 1971 und CHASE, PHILIP H., FARNHAM, BEVERLY, MAGEE, FRANCES E., FEL – A Process for Teaching Interpersonal Relationships, Amer. J. Nurs. 70, 524–528, March 1970.

[78] Vgl. S. 87 ff.

[79] Vgl. S. 89.

An die Organisation des Pflegedienstes haben wir die Anforderung gerichtet, sie müsse *dem Pflegepersonal die Befriedigung seiner Bedürfnisse ermöglichen.* Zu diesem Zweck seien Situationen zu schaffen, in denen Menschen und Gruppen selbständig im Sinne des größeren Ganzen handeln könnten[80]. Diese Situation ist durch die Einführung der Gruppenpflege realisiert worden. Die Pflegegruppe stellt die relativ autonome Einheit dar, welche eine eigene, echte Zielsetzung besitzt und deren Mitglieder für die Planung und Kontrolle der eigenen Arbeit weitgehend selber zuständig sind. Die verbesserte Organisation des Personaleinsatzes und die sich langsam abzeichnende Änderung in der Einstellung zur Pflege und zum Patienten haben zur Folge, daß das Pflegepersonal vermehrt Zeit für den Patienten aufwendet und dabei die Betätigung findet, welche bei der Berufswahl ausschlaggebend gewesen war[81]. Damit sind die Voraussetzungen für eine dauernde Entwicklung der beteiligten Menschen und für die Motivation des Pflegepersonals von der Arbeit her geschaffen.

Ein letzter Aspekt der laufenden Auswertung bezieht sich auf die *Ausbildungssituation des Lernpersonals.* Dieses kann sich zusammen mit der Gruppenleiterin und der klinischen Schulschwester im Rahmen der Praktikumsziele jeweils Wochenziele setzen und daran die erreichten Lernfortschritte selbst beurteilen. Eine Fremdbeurteilung erfolgt durch die Gruppenleiterin, die für jedes Praktikum der Schülerin und der Schule einen Leistungsbericht abgibt sowie durch die klinische Schulschwester, welche mit der Schülerin periodisch zusammenarbeitet[82].

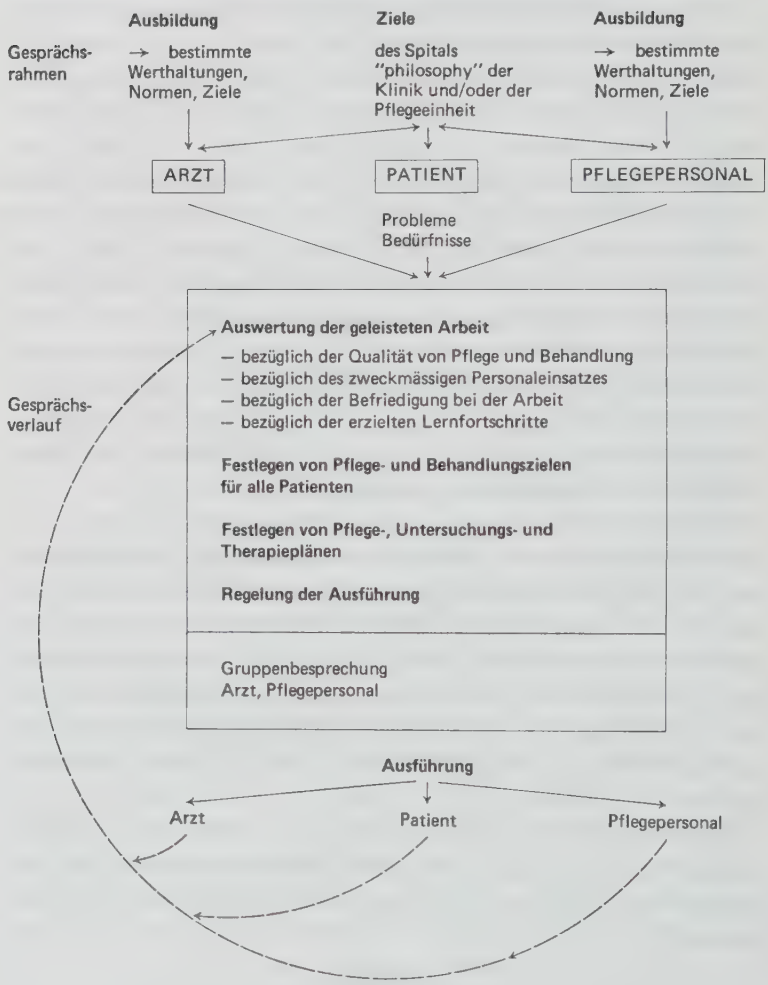
Damit ergibt sich für die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal das in Abbildung 3 dargestellte Modell, das sich sinngemäß auch auf die anderen auf der Pflegeeinheit tätigen Berufsgruppen ausdehnen läßt.

25 *Ausblick*

Fortschritte, die über das bisher Dargestellte hinausgehen, werden ohne grundlegende Veränderungen in verschiedenen Bereichen kaum erreichbar sein. Immerhin bilden die geschilderte Konzeption der Anamneseerhebung und die dank der Gruppenpflege aufgehobene Isolierung des

[80] Vgl. S. 92.
[81] Vgl. S. 87 ff.
[82] Vgl. dazu auch die Methode der kritischen Vorfälle, S. 72.

Abbildung 3: Der Ablauf der Gruppenbesprechung



einzelnen erste Ansatzpunkte für weitere Entwicklungsschritte. Der dafür einzusetzende Zeitbedarf wird eher in Jahren und Jahrfünften als in Wochen und Monaten zu messen sein.

Wir haben verschiedentlich auf die Notwendigkeit vermehrten Nachdenkens über die Ziele und Prinzipien des eigenen Verhaltens und die gegenseitigen Beziehungen von Pflegepersonal und Ärzten hinge-

wiesen. Sollen in der Pflege und Behandlung weitere Fortschritte erzielt werden, müssen sich Ärzte und Pflegepersonal ihrer Beziehungen zum Patienten bewußter werden. Die von ihnen oft erwartete gleichmäßige professionelle Freundlichkeit allen Patienten gegenüber entspricht nicht der Wirklichkeit, «die Einstellung der Schwestern und der Ärzte beeinflußt die Beziehungen des Kranken zu seiner Krankheit» [83]. Die Problematik dieser Beziehungen zeigt sich in besonderen Situationen sehr deutlich, beispielsweise bei Patienten, die nach einem Selbstmordversuch hospitalisiert werden mußten. Geht der Krankheitsbegriff des Personals von der Annahme aus, Krankheit sei etwas von außen Kommendes, sozusagen Schicksal, und habe mit der Persönlichkeit und Lebensweise des Patienten nichts zu tun, so können sie diese Patienten nicht als echte Kranke akzeptieren, sind sie doch für ihren Zustand im Lichte dieses Gesundheitsbegriffes und im Unterschied zu den «richtigen» Kranken selber verantwortlich. Diese Patienten beunruhigen ihre Mitmenschen aber auch, konfrontieren sie einen doch mit der Frage nach dem Sinn des Lebens, so daß Verteidigungsmechanismen zu wirken beginnen [84]. Gerade in solchen Situationen sollten Ärzte und Pflegepersonal die Möglichkeit besitzen, sich über ihre Schwierigkeiten und ihre feindlichen Reaktionen den Patienten gegenüber auszusprechen [85]. Wichtige Anhaltspunkte zur Gestaltung solcher Aussprachen liefern die Arbeiten von BALINT, der von der Überlegung ausging, «daß sich in der allgemeinärztlichen Praxis psychologisch zwischen Arzt und Patient sehr viel mehr abspielt, als in den üblichen Lehrbüchern diskutiert wird» [86]. Diese Beziehungen wollte er untersuchen und eine Pharmakologie der Droge «Arzt» entwickeln. Dazu bedurfte er der freimütigen Darstellung des affektiven Aspekts der Arzt-Patienten-Beziehung. Er fand sie in den wöchentlich durchgeführten halbtägigen Aussprachen zwischen acht bis zehn Allgemeinpraktikern und einem

---

[83] CLAMER, K., Das Verhalten des Patienten gegenüber seiner Krankheit, Zeitschrift für Krankenpflege 65, 50–52, Feb. 1972.

[84] MIÉVILLE, CLAUDE, La tentative de suicide, vraie of fausse maladie? Zeitschrift für Krankenpflege 64, 432–435, Dez. 1971.

[85] Vgl. zu den Faktoren, welche die Beziehungen des Kranken zu seiner Krankheit beeinflussen, CLAMER, K., a. a. O., S. 52: «Art der Krankheit, Alter des Patienten, Lebenssituation, Charakterstruktur und damit Gesellschaftsstruktur.»

[86] BALINT, MICHAEL, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Fischer-Bücherei Bd. 6005, Frankfurt/M. 1970, S. 13.

oder zwei Psychiatern, die im Zeitraum von mehr als zwei Jahren stattfanden. Anhand von Fallberichten sollten «gewisse Prozesse in der Arzt-Patienten-Beziehung (...) (beschrieben werden), die dem Patienten wie dem Arzt soviel unnötiges Leiden, Ärger und fruchtlose Mühen verursachen» [87]. Da im Krankenhaus zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten ähnliche Prozesse ablaufen, wäre die Schaffung solcher Aussprachemöglichkeiten mit dafür ausgebildeten Psychiatern sehr erwünscht. Dabei könnten die mit der Pflege und Behandlung betrauten Personen ihre Reaktionen dem Patienten gegenüber überprüfen und sich auch der gegenseitigen Übertragungsprozesse bewußt werden. Schließlich ergäbe sich auch die Gelegenheit zur Überprüfung der Hypothese, ob die vorwiegend passive Rolle des Patienten und die direktive Haltung von Pflegepersonal und Ärzten nicht zu einem wesentlichen Teil die Folge ihrer Abwehrmechanismen darstellt. Es wird auch hier des Einsatzes weniger Pioniere bedürfen, die Bemühungen um eine eingehendere Untersuchung ihrer Einstellung zum Patienten und seiner Krankheit in Gang zu bringen. ADLER führt hierzu ein von K. Köhle erwähntes Beispiel an [88]:

«Eine 50jährige, zeitlebens ausgesprochen aktive, kontrollierende und schwer arbeitende Geschäftsfrau erkrankt an einem Hirnschlag, der sie unverhofft zu einer hilfebedürftigen Patientin macht. Für die pflegende Schwester, die sich alle erdenkliche Mühe gibt, ist es unverständlich, daß die hilflose Patientin trotzt, Hilfe von sich weist und die Schwester zurückstößt, die der Pflegegruppe erzählt, wie abweisend die Patientin auf ihre aufmunternd gedachten Worte *‚Ich* bin heute aber zufrieden mit Ihnen' reagiert habe. Die Pflegegruppe empfindet einen Zusammenhang zwischen der Abweisung der Hilfe durch die Patientin und der Haltung der Schwester. Es wird angenommen, daß eine früher besonders unabhängige Frau durch Worte, die Abhängigkeit von der Pflegenden bedeuten, frustriert werden könnte. Der Schwester wird empfohlen, die Patientin bei der nächsten Begegnung mit den Worten aufzumuntern: *‚Sie* dürfen heute mit Ihren Fortschritten aber zufrieden sein', um ihr Selbstwertgefühl und ihr Empfinden von Unabhängigkeit zu stärken. Auf dieses Vorgehen hin ändert die Patientin schlagartig ihr Verhalten, macht von da an erstaunlich rasche Fortschritte und entwickelt zur Schwester ein herzliches Verhältnis.»

Eine weitere Voraussetzung für zukünftige Entwicklungsschritte bilden Veränderungen im Führungsstil des Pflegedienstes (wie auch des Spitals überhaupt), der in den meisten Fällen eher direktiv ist. Da die Lernenden aller Pflegeberufe einen großen Teil ihrer Ausbildung im

[87] *ebda,* S. 15.

[88] ADLER, ROLF, Die ärztliche Anamnese als Grundlage für die Planung der umfassenden Pflege, Zeitschrift für Krankenpflege 65, 53, Feb. 1972.

Spital und nicht in einer spitalunabhängigen Schule verbringen, übernehmen sie in dieser Zeit die dort geltenden Werthaltungen und werden so in ihrer späteren Berufstätigkeit zu deren Trägern. Der direktive Führungsstil hat zumindest tendenziell eine Zentralisierung von Entscheidkompetenzen bei der Oberschwester zur Folge; dieser Umstand steht aber im Widerspruch zur Bildung relativ autonomer Pflegegruppen, denen durch die Einführung der Gruppenpflege eine Schlüsselfunktion zukommt. Wie PLANTENGA hervorhebt, hat dieser Führungsstil zur Folge, daß nicht das Personal, sondern der Krankenpflegeprozeß geleitet wird[89]. Sollen die einzelnen Pflegegruppen aber zu Trägern des Entwicklungsprozesses werden, muß die Entwicklungshelferin darauf hinarbeiten, daß die Oberschwestern zumindest die Gruppenleiterinnen möglichst früh in den Willensbildungsprozeß einbeziehen. Es dürfte also beispielsweise nicht mehr vorkommen, daß eine Klinikoberschwester die durch eine Änderung der wöchentlichen Arbeitszeit notwendig werdenden Anpassungen im Tagesablauf selber festlegt. Die Angehörigen der einzelnen Pflegegruppen werden sich für dessen Einhaltung nicht verantwortlich fühlen können, kennen sie doch Alternativen, Kriterien und Situationsmerkmale sowie die dazugehörigen Überlegungen nicht, welche zu diesem Entscheid geführt haben. Die Aufgabe der Oberschwester gegenüber den Gruppenleiterinnen wird eine pädagogisch-entwickelnde sein. Es gilt, aufgrund der gemeinsam erarbeiteten Zielsetzungen die gemeinsame Arbeit zu planen und auszuwerten, wie dies innerhalb der Pflegegruppen von Anfang an gehandhabt wird[90].

Bei diesem schwierigen Teil des Entwicklungsprozesses könnte eine vom Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI) ausgearbeitete Arbeitsmethodik nützlich sein. Sie entstand aus einer ähnlichen potentiellen Konfliktsituation zwischen der zentralen Leitung und den ihr unterstellten Arbeitsgruppen eines Betriebs und stellt eine Operationalisierung des Begriffs der Mitsprache dar. Sie umfaßt sieben verschiedene Stufen der Arbeitsteilung in einem Willensbildungsprozeß[91]:

---

[89] PLANTENGA, HANS, a. a. O., S. 6: «Die traditionelle Ansicht ist, daß Leitung gleichbedeutend ist mit der Regelung der ausführenden Arbeit. Und diese Ausführung muß im vornhinein geplant werden; im nachhinein folgt dann die Kontrolle. Der Leitung obliegen also die Aufgaben in der genannten Folge.»

[90] Vgl. S. 127 ff.

[91] *Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI)*, Objektivierung einer Konfliktsituation, GSB-Informationen Nr. 12, Jan. 1972.

Beschluß gefaßt (durch die zentrale Leitung, A. d. V.)

1. Keine Information (der betroffenen Gruppe, A. d. V.)
2. Information der Gruppe nach anderweitiger Bekanntmachung
3. Information der Gruppe vor anderweitiger Bekanntmachung (ohne Beratung)
4. Beratung erbeten
   a) um Anwendung
   b) um Ergänzungsvorschlag

Problem gestellt (durch die zentrale Leitung, A. d. V.)

5. Beratung erbeten
   a) davon abgewichen
      – nicht darüber informiert
      – darüber informiert
   b) nicht davon abgewichen
6. Zusammen an der Lösung gearbeitet
7. Beschluß (an die Gruppe, A. d. V.) delegiert

Für alle zu lösenden Probleme ist nach und nach die geeignetste Form der Zusammenarbeit herauszufinden. Die Einführung des pädagogischen Führungsstils bildet eine der größten Schwierigkeiten des ganzen Entwicklungsprozesses, setzt er doch nicht nur die Fähigkeit und Bereitschaft des Vorgesetzten, sondern auch Gruppenleiterinnen und Gruppenmitglieder voraus, die zur Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortung fähig und bereit sind. Dazu bedarf es aber wesentlicher Änderungen in der Rekrutierung und Ausbildung von Pflegepersonal und Ärzten. Zu diesem Zweck wäre abzuklären, ob die Menschen, welche diese Berufe wählen, bereit und aufgrund ihrer Veranlagung auch fähig sind, Führungsaufgaben zu übernehmen[92].

3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Wir sind von den vielen ungelösten Problemen des Pflegedienstes im Krankenhaus ausgegangen und haben zu zeigen versucht, wie die Diskrepanz zwischen der gegenwärtigen, unerfreulichen Situation und den angestrebten Zielen verringert werden könnte. Der im dritten Teil dargestellte Entwicklungsprozeß erfordert von allen Beteiligten großen Einsatz und viel Durchhaltevermögen. Es wird nicht leicht sein, ihn auf alle Spitäler auszudehnen und neben dem Pflegedienst weitere Spital-

[92] Über die für die Berufswahl als ausschlaggebend genannten Motive vgl. S. 87.

bereiche einzubeziehen. Dafür fehlt es vielerorts am nötigen Verständnis und der Geduld.

Die von uns vorgeschlagenen Lösungen zur Entwicklung des Pflegedienstes beruhen auf eigenen Erfahrungen in der Beratung von Krankenhäusern. Dabei wurde vielen Beteiligten bewußt, daß in der Schweiz, wo die geschilderten Beratungsprojekte stattfanden, keine Institution besteht, die sich mit der Ausarbeitung und Realisierung von Konzeptionen für den Einsatz des Pflegepersonals befaßt und die einzelnen Krankenhäuser berät. Zwar werden anläßlich von Krankenhausneubauten Universitätsinstitute und private Beratungsfirmen beigezogen, doch beschränken sich deren Vorschläge auf die Lösung der speziellen Probleme, ohne allgemein gültige Schlußfolgerungen zu ermöglichen. Es blieb der Studie über das Pflegewesen in der Schweiz vorbehalten, im Jahre 1971 die Erkenntnisse ihrer bisherigen Untersuchungen in einer experimentellen Phase in die Praxis umzusetzen. Die rechtlich und damit auch finanziell unsichere Stellung der Studie und ihr beschränkter Mitarbeiterstab (zwei vollamtliche Mitarbeiterinnen) behindern aber ihren Aktionsbereich ganz wesentlich. Nach der gegenwärtigen Rechtslage ist das Gesundheitswesen noch vorwiegend Sache der Kantone[93], die einzeln aber zu klein sind, um grundsätzliche Abklärungen vorzunehmen. Ob diese Lücken einmal durch das Schweizerische Krankenhausinstitut gefüllt werden können, ist zur Zeit noch ungewiß.

Mit der Überwachung und Förderung der Ausbildung von diplomierten Krankenschwestern und -pflegern (mit dreijähriger Ausbildung) sowie der Pflegerinnen und Pfleger FA SRK (mit anderthalbjähriger Ausbildung) ist das Schweizerische Rote Kreuz beauftragt. Daneben steht es aber nach der gegenwärtigen Rechtslage jedem Kanton frei, eigene Pflegeberufe zu schaffen, was oft unter dem Druck der ärztlichen Leitung eines seiner Krankenhäuser geschieht. Damit ist aber niemandem geholfen, dem Patienten nicht, der ob der vielen ihn umgebenden Personen nicht mehr weiß, wer für seine Pflege verantwortlich ist, der Absolventin des kantonalen Lehrgangs nicht, die bei Arbeitsplatzwechsel mit ihrem nicht anerkannten Ausweis Schwierigkeiten hat und sich beruflich in einer «Sackgasse» befindet (keine Aufstiegsmöglichkeiten), den Kadern des Pflegedienstes nicht, die durch die große Zahl der ihnen unterstellten Berufsgruppen kaum noch einen

[93] Zur rechtlichen Lage vgl. HUBER, E., Das Interesse der Kantone an einer Analyse über das Pflegewesen, Veska-Zeitschrift 35, 102–106, März 1971.

ausbildungs- und fähigkeitsgerechten Personaleinsatz sicherstellen können.

Die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz sollte nach dem ursprünglichen Programm von 1965 die folgenden Aufgaben lösen[94]:

(1) eine Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen,
(2) eine Erhebung über Angebot und Nachfrage an Pflegepersonal in der Schweiz,
(3) eine praktische Vorführung der Arbeitsreorganisation in einigen Pflegeeinheiten.

Von diesem ursprünglichen Programm sind der erste und teilweise der dritte Punkt realisiert worden. Erhebungen über das Angebot und die Nachfrage an Pflegepersonal in der Schweiz fehlen aber immer noch weitgehend, mit Ausnahme der waadtländischen Untersuchung «Le personnel soignant»[95] von 1971. Aber auch diese umfangreiche Arbeit muß unvollständig bleiben, weil es nicht genügt, Zusammenhänge zwischen der Bevölkerungsstruktur (Überalterung) und dem Bettenbedarf aufzuzeigen. Dadurch wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen nicht festgelegt, da es keinen Pflegebedarf an und für sich gibt. Es ist die Aufgabe einer nationalen oder regionalen Gesundheitspolitik, diejenigen Pflegebedürfnisse zu bezeichnen, welche im Rahmen des Gesundheitssystems mit öffentlichen Mitteln befriedigt werden sollen[96]. Man wird zudem beachten müssen, daß unser Gesundheitswesen einseitig auf die Hospitalisierung ausgerichtet ist. In der Zukunft wird vermehrt Gewicht auf die Pflege und Behandlung des kranken Menschen im Kreise seiner Familie gelegt werden müssen.

Leider gilt das untenstehende Zitat für unser Gesundheitswesen noch in allzustarkem Ausmaß[97]:

> Wer nicht weiß, wohin er will,
> braucht sich nicht zu wundern,
> wenn er ganz woanders ankommt.

---

[94] Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege, Bern 1971, S. 1.

[95] *Office de statistique de l'Etat de Vaud*, Le personnel soignant, Lausanne 1971.

[96] Vgl. S. 40: Die angestrebte Pflegequalität und ihre Beurteilung.

[97] MAGER, ROBERT F., Lernziele und programmierter Unterricht, Weinheim 1965.

LITERATURVERZEICHNIS

Vorbemerkung: Die für häufiger wiederkehrende englische Zeitschriftentitel verwendeten Abkürzungen sind die folgenden:

Amer. J. Nurs.	American Journal of Nursing
Hosp.	Hospitals
Hosp. Manag.	Hospital Management
Hosp. Progr.	Hospital Progress
Int. Nurs. Rev.	International Nursing Review
Mod. Hosp.	Modern Hospital
Nurs. Forum	Nursing Forum
Nurs. Res.	Nursing Research
Nurs. Times	Nursing Times
World Hosp.	World Hospitals

ABDELLAH, FAYE G., The Nature of Nursing Science, Nurs. Res. *18*, 390–393, Sept.–Oct. 1969.

ABDELLAH, FAYE G., BELAND, MARTIN, MATHENEY, Patient-Centered Approaches to Nursing, New York 1960.

ABDELLAH, FAYE G., MEYER, B., ROBERTS, H., Nursing Patterns Vary in Progressive Care, Mod. Hosp. *95*, 85–91, Aug. 1960.

ABDELLAH, FAYE G., LEVINE, E., Developing a Measure of Patient and Personnel Satisfaction with Nursing Care, Nurs. Res. *5*, 100–108, Feb. 1957.

ABDELLAH, FAYE G., STRACHAN, E. J., Progressive Patient Care, Amer. J. Nurs. *59*, 649–655, May 1959.

ADLER, ROLF, Die Kurztherapie in der nichtpsychiatrischen Klinik, Médecine et Hygiène *30*, 157, Feb. 1972.

ADLER, ROLF, Eine Anamnesetechnik zur integrierten Erfassung psychischer und somatischer Befunde für Nicht-Psychiater, Die medizinische Welt, im Druck.

ADLER, ROLF, Die ärztliche Anamnese als Grundlage für die Planung der umfassenden Pflege, Zeitschrift für Krankenpflege *65*, 53–54, Feb. 1972.

American Hospital Association, Statement on Functions of a Hospital Department of Nursing Service, Chicago 1962.

American Hospital Association, Practical Approaches to Nursing Service Administration, Interpreting Hospital and Nursing Service Objectives, Chicago 1968.

American Hospital Association, We Wish We Could X-Ray Your Opinion About Your Hospital Experience in ... Chicago o. J.

American Hospital Association, How About Your Food? Chicago 1954.

American Nurses' Association, Code for Nurses, Amer. J. Nurs. *68*, 2581–2585, Dec. 1968.

American Nurses' Association, Establishing Standards for Nursing Practice, Amer. J. Nurs. *69*, 1458–1463, July 1969.

AYDELOTTE, MYRTLE K., The Use of Patient Welfare as a Criterion Measure, Nurs. Res. *11*, 10–14, Winter 1962.

BALINT, MICHAEL, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Frankfurt 1970, Fischer-Bücherei Nr. 6005.

BATES, BARABARA, Nurse/Physician Teamwork, Int. Nurs. Rev. *13*, 43–54, Sept./Oct. 1966; *13*, 53–61, Nov./Dec. 1966.

BLUMBERG, M. S., DREW, J. A., Methods for Assessing Nursing Care Quality, Hosp. *37*, 72–80, Nov. 1, 1963.

BOS, A. H., Management as the Development of a New Counsciousness, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1971.

BOS, A. H., Wechsel in der Arbeitsstruktur von der Verrichtungs- auf die Objektgliederung, GSB-Informationen Nr. 4, Dez. 1968.

BOULDING, KENNETH E., The Image, New York 1956.

BROWN, ESTHER LUCILE, Nursing for the Future, New York 1948.

CARLISLE, BEN, Developing Policy and Procedure Manuals, Hosp. *43*, 47–50, April 16, 1969; *43*, 66–67, May 1, 1969.

CHAMBERS, WILDA, Nursing Diagnosis, Amer. J. Nurs. 62, 102–104, Nov. 1962.

CHASE, PHILIP H., FARNHAM, BEVERLY, MAGEE, FRANCES E., FEL – A Process for Teaching Interpersonal Relationships, Amer. J. Nurs. 70. 524–528, March 1970.

CLAMER, K., Das Verhalten des Patienten gegenüber seiner Krankheit, Zeitschrift für Krankenpflege 65, 50–52, Feb. 1972.

CONNOR, ROBERT J., A Work-Sampling Study of Variations in Nursing Work-Load, Hosp. *35*, 40–42, May 1, 1961.

CORONA, DOROTHY F., BLACK, EUNICE E., One Hospital's Approach to Team Nursing, Nurs. Outlook *11*, 506–507, July 1963.

CUDDY, C. VICKI, Patient Questionnaire Program Improves Hospital Morale, Hosp. *42*, 41–43, Dec. 1, 1968.

Deutsche Krankenhausgesellschaft. Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenanstalten mit Pflegekräften, Deutsche Schwesternzeitung *22*, 652, Dezember 1969.

Documenta Geigy, II. Internationaler Kongreß für ärztliche Ethik, Paris, Mai 1966.

DUMAS, RHETAUGH G., LEONARD, R. C., Effect of Nursing on the Incidence of Postoperative Vomiting, Nurs. Res. *12*, 12–15, Winter 1963.

DUNN, MARGARET A., Development of an Instrument to Measure Nursing Performance, Nurs. Res. *19*, 502–510, Nov.–Dec. 1970.

Ecole Genevoise d'Infirmières Le Bon Secours, Genève, Travail de Diplôme Promotion 1968, Reflexions sur l'abandon de la profession d'infirmière, Genève 1971.

EICHHORN, SIEGFRIED, Der Einfluß der Progressivpflege und der Intensivmedizin auf die Organisation des Pflegedienstes im Krankenhaus, Deutsche Schwesternzeitung *23*, 119–121, März 1970.

ELMS, ROSLYN R., LEONARD, R. C., Effects of Nursing Approaches During Admission, Nurs. Res. *15*, 39–48, Winter 1966.

ENGEL, GEORGE L., Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit, Bern 1970.

EWELL, C. M., What Patients Really Think About Their Nursing Care, Mod. Hosp. *109*, 106–108, Dec. 1967.

FIVARS, GRACE, GOSNELL, DORIS, SCHMID, FRED W., Ein neues Verfahren zur Beurteilung der Leistungen von Schwesternschülerinnen, Zeitschrift für Krankenpflege 60, 155–158, April 1967.

FLANAGAN, J. C., GOSNELL, DORIS, FIVARS, GRACE, Evaluating Student Performance, Amer. J. Nurs. *63*, 63, Nov. 1963.

FOET, J., Team Nursing: Inservice Education for the Team Leader, Hosp. Progr. *45*, 31–34, April 1964.

FORD, LORETTA C., The 5 Elements of Progressive Patient Care, Nurs. Outlook *8*, 436–439, August 1960.

Gesundheitsdirektion des Kantons Bern, Spitalplanung des Kantons Bern, Bern 1970.

GINZBERG, ELI, What Nurses Need Is a Chance to Grow, Mod. Hosp. *98*, 103–106, 186–188, April 1962.

GORHAM, WILLIAM A., Methods for Measuring Staff Nursing Performance, Nurs. Res. *12*, 4–11, Winter 1963.

GREENOUGH, KATHARINE, Determining Standards for Nursing Care, Amer. J. Nurs. *68*, 2153–2157, Oct. 1968.

HADLEY, BETTY JO, Evolution of a Conception of Nursing, Nurs. Res. *18*, 400–405, Sept.–Oct. 1969.

HANSEN, KARL E., How to Measure Nursing Care Time, Mod. Hosp. *100*, 93–96, Apr. 1963.

HARRIS, DAVID H., Staffing Requirements, Hosp. *44*, 64–70, April 16, 1970.

HEINEN, EDMUND, Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 1968.

HENDERSON, VIRGINIA, The Nature of Nursing, Int. Nurs. Rev. *12*, 23–30, Jan.–Feb. 1965.

HENDERSON, VIRGINIA, Excellence in Nursing, Amer. J. Nurs. *69*, 2133–2137, Oct. 1969.

HENDERSON, VIRGINIA, Grundregeln der Krankenpflege, Hrsg. Deutsche Schwesterngemeinschaft e. V., Frankfurt/M. 1970.

HOLZAPFEL, ELISABETH-BRIGITTE, Krankenpflege – heute ein anspruchsvoller Beruf, Der Bund, 9. Mai 1968.

HORNUNG, GERTRUDE J., The Nursing Diagnosis – An Exercise in Judgment, Nurs. Outlook *4*, 29–30, Jan. 1956.

HOWLAND, DANIEL, MC DOWELL, WANDA E., Measurements of Patient Care; A Conceptual Framework, Nurs. Res. *13*, 4–7, Winter 1964.

HUBER, E., Das Interesse der Kantone an einer Analyse über das Pflegewesen, Veska-Zeitschrift *35*, 102–106, März 1971.

International Council of Nurses, Code of Ethics as Applied to Nursing, Grand Council in Sao Paulo, Brazil, July 1953, Revised Frankfurt, Germany, June 1965.

JOHNSON, DOROTHY A., Nursing Service, Hosp. *42*, 115–120, April 1, 1968.

JOHNSON, DOROTHY E., A Philosophy of Nursing, Nurs. Outlook *7*, 198–200, April 1959.

JOHNSON, DOROTHY E., Significance of Nursing Care, Amer. J. Nurs. *61*, 63–66, Nov. 1961.

JOHNSON, MIRIAM M., MARTIN, HARRY W., A Sociological Analysis of the Nurse Role, in: Skipper, James K., Leonard, Robert C., Social Interaction and Patient Care, 6th printing, Philadelphia 1965.

JUPITER, ROBERT, Patient Transport Service Saves Valuable Nursing Hours, Hosp. *42*, 53–57, March 16, 1968.

KELLY, NANCY CARDINAL, Nursing Care Plans, Nurs. Outlook *14*, 61–64, May 1966.

KLAUS, GEORG, Wörterbuch der Kybernetik, Fischer-Bücherei, Bd. 1073–1074, Frankfurt/M. 1969.
KOGAN, HUNT and BARTHELME, A Follow-up Study of Results of Social Casework, Family Service Association of America, New York 1953.
KOSIOL, ERICH, Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Rowohlts Deutsche Enzyklopädie, Bd. 256–257, Hamburg 1966.
KRAMER, MARLENE, Team Nursing – A Means or an End? Nurs. Outlook *19*, 648–652, Oct. 1971.
KROEBER, DOROTHEA, Erleichterung der Stationsarbeit durch zentrale Einrichtungen, Deutsche Schwesternzeitung *12*, 452–453, Dez. 1959.
KRON, THORA, Nursing Team Leadership, 2nd ed., London 1966.
LAMBERTSEN, ELEANOR C., Nursing Team Organization and Function, New York 1961.
LAMBERTSEN, ELEANOR C., Evaluating the Quality of Nursing Care, Hosp. *39*, 61–66, Nov. 1, 1965.
LEES, W., BIDDULPH, C., Progressive Patient Care, Nurs. Times *64*, 13–16, Jan. 26, 1968; *64*, 17–20, Feb. 2, 1968.
LESNICK, M. J., ANDERSON, BERNIECE E., Nursing Practice and the Law, 2nd ed., Philadelphia 1955.
LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Plans: Let's Be Practical About Them, Nurs. Forum *6*, 61–76, 1967.
LITTLE, DOLORES E., CARNEVALI, DORIS L., Nursing Care Planning, Philadelphia 1969.
LÜTH, PAUL, Ansichten einer künftigen Medizin, München 1971.
MC BRIDE, MARY ANGELA B., Nursing Approach, Pain, and Relief: An Exploratory Experiment, Nurs. Res. *16*, 337–341, Fall 1967.
MC DONELL, BROWN J., JOHANNSON, B., Timing Studies of Nursing Care in Relation to Categories of Hospital Patients, Winnipeg o. J.
MC GREGOR, DOUGLAS M., The Human Side of Enterprise, in: The Planning of Change, edited by Bennis, Benne and Chin, New York 1966.
MC GUIRE, RITA L., Bedside Nursing Audit, Amer. J. Nurs. *68*, 2146–2148, Oct. 1968.
MC PHETRIDGE, MAE, Nursing History: One Means to Personalize Care, Amer. J. Nurs. *68*, 68–75, Jan. 1968.
MAGER, ROBERT F., Lernziele und programmierter Unterricht, Weinheim 1965.
MAMIE, W., Betriebsorganisation und Rationalisierungsmöglichkeiten, Veska-Zeitschrift *34*, 183–185, April 1970.
MASLOW, ABRAHAM H., Motivation and Personality, New York 1954.
MATHENEY, RUTH V., NOLAN, BREDAT, EHRHART, ALICE M., GRIFFIN, GERALD J., GRIFFIN, JOANNE K., Fundamentals of Patient-Centered Nursing, Saint Louis 1964.
MAUKSCH, HANS O., The Nurse: Coordinator of Patient Care, in: Skipper, James K., Leonard, Robert C., Social Interaction and Patient Care, 6th printing, Philadelphia 1965.
MEIER, MARTHA, Was ist Gruppenpflege? Zeitschrift für Krankenpflege *64*, 21–22, Jan. 1971.
MERTZ, HILDA, Nurse Actions that Reduce Stress in Patients, in: Emergency Intervention by the Nurse, American Nurses' Association, New York 1962.
MEYER, BURTON, HEIDGERKEN, LORETTA E., Introduction to Research in Nursing, Philadelphia 1962.

MIÉVILLE, CLAUDE, La tentative de suicide, vraie ou fausse maladie? Zeitschrift für Krankenpflege *64*, 432–435, Dez. 1971.
MITSCHERLICH, ALEXANDER, Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin, 2 Bde, Frankfurt/M. 1966.
MITSCHERLICH, ALEXANDER, BROCHER, TOBIAS, VON MERING, OTTO, HORN, KLAUS (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 3. Aufl., Köln-Berlin 1970.
MOSS, FAY T., MEYER, BURTON, The Effects of Nursing Interaction Upon Pain Relief in Patients, Nurs. Res. *15*, 303–306, Fall 1966.
MÜLLER, WALTER, Grundzüge einer Lehre von der Unternehmungspolitik, Die Unternehmung *21*, Nr. 1, Jan. 1967.
NADLER, GERALD, SAHNEY, VINOD, A Descriptive Model of Nursing Care, Amer. J. Nurs. *69*, 336–341, Feb. 1969.
Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Methoden der Konfliktlösung, Analyse der Phänomene eines Konflikts, Zeist 1970.
Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Objektivierung einer Konfliktsituation, GSB-Informationen Nr. 12, Jan. 1972.
Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Widerstand gegen Veränderungen, Zeist 1966.
Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Entwicklungsgesetzmäßigkeiten in Organisationen, Zeist 1967.
Office de statistique de l'Etat de Vaud, Le personnel soignant, Lausanne 1971.
O'MALLEY, CLAIRE D., Application of Systems Engineering in Nursing, Amer. J. Nurs. *69*, 2155–2160, Oct. 1969.
PARDEE, GERALDINE, Classifying Patients to Predict Staff Requirements, Amer. J. Nurs. *68*, 517–520, March 1968.
PARSONS, TALCOTT, Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas, in: Mitscherlich, A. u. a., Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 3. Aufl., Köln-Berlin 1970.
PARSONS, TALCOTT, BALES, ROBERT F., Family, Socialization and Interaction Process, Chicago 1955.
PERRET, J.-P., Zweck und Aufgabe der Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Veska-Zeitschrift *35*, 100–101, März 1971.
PLANTENGA, HANS, Management in der Krankenpflege, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1968.
POLETTI, ROSETTE, Une communauté thérapeutique, Zeitschrift für Krankenpflege *64*, 436, Dez. 1971.
PRICE, ELMINA L., Technique to Improve Staffing, Amer. J. Nurs. *70*, 2112–2115, Oct. 1970.
PRIDE, L. FRANCES, An Adrenal Stress Index as a Criterion Measure for Nursing, Nurs. Res. *17*, 292–303, July/Aug. 1968.
QUENZER, RUTH, Methode der kritischen Vorfälle, Zeitschrift für Krankenpflege *62*, 35–37, Jan. 1969.
RAMGE, CAROLA, Von der Funktionspflege zur Gruppenpflege, Deutsche Schwesternzeitung *19*, 447–449, Okt. 1966.
RANDALL, MARY T., TACKE, BELDORA, A Comprehensive Nursing Care Plan, Nurs. Outlook *9*, 767–768, Dec. 1961.
REDLICH, F. C., Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie, in: Mitscherlich, A. u. a., Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 3. Aufl., Köln-Berlin 1970.

REITER, FRANCES, Nurse-Clinican, Amer. J. Nurs. 66, 274–280, Feb. 1966.
REITER, FRANCES, KAKOSH, MARGUERITE E., Quality of Nursing Care, A Report of a Field-Study to Establish Criteria, New York 1963.
ROEMER, MILTON I., MUSTAFA, A. TAHER, HOPKINS, CARL E., Hospital Death Rates as a Quality Index, Hosp. *42*, 43–46, 114, Nov. 1, 1968.
ROGERS, CARL, Facilitating Encounter Groups, Amer. J. Nurs. *71*, 275–279, Feb. 1971.
ROHDE, JOHANN JÜRGEN, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962.
ROREM, C. R., The Term «Professional Nurse» Is Just Pious Fiction, Hosp. Manag. *103*, 41, Feb. 1967.
ROTHBERG, JUNE S., Why Nursing Diagnosis? Amer. J. Nurs. 67, 1040–1042, May 1967.
SAAMELI, REGULA, Die verheiratete Frau im Beruf der Krankenschwester, Zeitschrift für Krankenpflege 63, 101–104, März 1970.
SAFFORD, BEVERLY J., SCHLOTFELDT, ROZELLA M., Nursing Service Staffing and Quality of Nursing Care, Nurs. Res. 9, 149–154, Summer 1960.
SCHLOTFELDT, ROZELLA M., Problems in the Development of Adequate Criteria, Nurs. Res. *11*, 211–213, Fall 1962.
SCHRAML, WALTER J., Psychologie im Krankenhaus, Bern 1970.
SCHWANINGER, CHARLOTTE, Probleme und Erfahrungen beim Einführen der Gruppenpflege, Veska-Zeitschrift *35*, 471–473, Sept. 1971.
SCHWARTZ, DORIS R., Nursing Care Can Be Measured, Amer. J. Nurs. *48*, 149, March 1948.
Schweizerisches Rotes Kreuz, Richtlinien für die vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen für allgemeine Krankenpflege, Bern 1966.
Schweizerisches Rotes Kreuz, Fortbildungsschule für Krankenschwestern, Jahresbericht 1969, Zürich und Lausanne 1970.
Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK), Erklärung des SVDK, Zeitschrift für Krankenpflege 65, 19–24, Jan. 1972.
Seattle University Hospital, The Philosophy of Nursing Service, Objective of Nursing Services, University of Washington, May 1964.
SEIFFERT, HELMUT, Einführung in die Wissenschaftstheorie, 2 Bde, München 1969 und 1970.
SHEPS, CECIL G., BACHER, MIRIAM E., Nursing and Medicine, Emerging Patterns of Practice, Amer. J. Nurs. *64*, 107–109, Sept. 1964.
SKIPPER, JAMES K., LEONARD, ROBERT C., Social Interaction and Patient Care, 6th printing, Philadelphia 1965.
SMITH, DOROTHY M., A Clinical Nursing Tool, Amer. J. Nurs. *68*, 2384–2388, Nov. 1968.
SPAHN, HANNI, Pflege mit therapeutischem Wert, Zeitschrift für Krankenpflege 63, 27–29, Jan. 1970.
SPAHN, HANNI, Grundpflege, Zeitschrift für Krankenpflege 62, 125–129, März 1969.
STEINBART, INGRID, Die Wiedereingliederung der verheirateten Krankenschwester, Veska-Zeitschrift 64, 705–714, Dez. 1971.
STETTLER, SOPHIE, Die Einführung der Gruppenpflege, in: Mitteilungen der Sozialpädagogischen Studiengruppe der Universität Bern, Nr. 22, Dezember 1971.

STETTLER, SOPHIE, Das Gruppengespräch, Zeitschrift für Krankenpflege *64*, 233–234, Juni 1971.
STEURI, HILDEGARD, Die Mitarbeit der Krankenschwester bei der Spitalplanung, Zeitschrift für Krankenpflege *65*, 67–68, Feb. 1972.
STEVENS, LEONARD F., What Makes a Ward Climate Therapeutic? Amer. J. Nurs. *61*, 95–96, March 1961.
STORLIE, FRANCES, Nursing Need Never Be Defined, Int. Nurs. Rev. *17*, 254–256, 1970.
Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Erhebung über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen, Bern 1969.
Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, Test-Erhebung über die Bedürfnisse der Patienten an Pflege, Bern 1971.
SWANSBURG, RUSSEL C., Team Nursing, A Programmed Learning Experience, 4 vol., New York 1968.
THOMPSON, SHIRLEY M., Managing the Problems of Elimination, Nurs. Outlook *14*, 58–61, Nov. 1966.
TLACH, PETER, Die Unternehmung als soziales Gebilde, Industrielle Organisation *40*, 537–541, Dez. 1971.
UUSKALLIO, IRMA, Measuring Patient Attitudes, World Hosp. 6. 197–199, 1970.
VALERIUS, THERESE, Gedanken zum Funktions- und Gruppenpflegesystem, Deutsche Schwesternzeitung *19*, 4–7, Jan. 1966.
VON RECHENBERG, H. K., Ansprüche an den Pflegedienst aus der Sicht eines internistischen Chefarztes, Veska-Zeitschrift *33*, 326–328, Juli 1969.
VON SIEBENTHAL, W., Krankheit als Folge der Sünde, Hannover 1949.
VON TROSCHKE, JÜRGEN, Was versteht man unter Medizinsoziologie? Ulm o. J., verv.
WAGNER, BERNIECE M., Care Plans, Right, Reasonable, and Reachable, Amer. J. Nurs. *69*, 986–990, May 1969.
WASYLUKA, RAY G., New Blood for Tired Hospitals, Harvard Business Review *65*, S. 65–74, Sept.–Oct. 1970.
Wayne State University, College of Nursing, Quality Patient Care Scale, Detroit Mich. 1970.
WHITING, J. FRANK, Q-Sort: A Technique for Evaluating Perceptions of Interpersonal Relationships, Nurs. Res. *4*, 70–73, Oct. 1955.
WILLIAMS, MARGARET AASTERUD, The Myths and Assumptions about Team Nursing, Nurs. Forum *3*, 461–473, 1965.
WILSON, ROBERT N., The Social Structure of a General Hospital, in: Skipper, James K., Leonard, Robert C., Social Interaction and Patient Care, 6th printing, Philadelphia 1965.
Wirtschaftslexikon, Fischer-Bücherei, Bd. 973–978, Frankfurt/M. 1969.
WOLFE, HARVEY, YOUNG, JOHN P., Staffing the Nursing Unit, Nurs. Res. *14*, 236–243, Summer 1965; *14*, 299–303, Fall 1965.
WOOD, M. MIRIAM, Guide to Better Care ... A Nursing Plan, Amer. J. Nurs. *61*, 61–62, Dec. 1961.
World Health Organization, Expert Comittee on Nursing, Fifth Report, Technical Report Series 347, Geneva 1966.
World Health Organization, Scientific Group on the Development of Studies in Health Manpower, Nursing Manpower Development – A Review of Methods, Geneva 1970.

World Health Organization, Constitution, Geneva 1960.
ZANGEMEISTER, CHRISTOF, Grundsätze zur Aufstellung eines Zielsystems, Industrielle Organisation *39,* 293–298, Juli 1970.
ZIHLMANN, MARILENE, Gruppenpflege, Veska-Zeitschrift *35,* 474–476, Sept. 1971.
ZWART, C. J., Organisations-Entwicklung, Nederlands Paedagogisch Instituut (NPI), Zeist 1969.